



Universidade Federal de Sergipe
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa



Núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa em Psicologia Social
Mestrado em Psicologia Social

PRISCILLA DAISY CARDOSO BATISTA

**ENTRE GESTAÇÕES/PARTOS HUMANIZADOS E VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA: SUBJETIVIDADES EM MOVIMENTO**

São Cristóvão – Sergipe

2015

PRISCILLA DAISY CARDOSO BATISTA

**ENTRE GESTAÇÕES/PARTOS HUMANIZADOS E VIOLÊNCIA
OBSTÉTRICA: SUBJETIVIDADES EM MOVIMENTO**

Dissertação Apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Centro de Ciências de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Psicologia Social.

**Orientadora: Prof.^a Dr.^a Liliana da Escóssia
Melo**

São Cristóvão – Sergipe

2015

COMISSÃO JULGADORA

Dissertação da discente Priscilla Daisy Cardoso Batista, intitulada “Entre gestações/partos humanizados e violência obstétrica: subjetividades em movimento”, julgada em 31/08/2015, pela Banca Examinadora constituída pelas Professoras Doutoras

Prof^ª. Dr^ª. Liliana da Escóssia Melo

(Presidenta - Orientadora)

Prof^ª. Dr^ª. Michele de Freitas Faria de Vasconcelos

(Co-orientadora - Departamento de Educação/UFS-Itabaiana)

Prof^ª. Dr. Livia Godinho Nery Gomes Azevedo

(Interna)

Prof^ª. Dr^ª. Jeane Felix da Silva

(Externa -Programa de Pós-Graduação em Educação/UFRGS)

*Às mulheres que nos habitam e seguem lutando
pelos seus/nossos partos e (re)nascimentos*

AGRADECIMENTOS

“Pode chegar que a festa vai é começar agora, (...) e é pra chegar sabendo que a gente tem o sol na mão e o brilho das pessoas é bem maior e irá iluminar nossas manhãs!”

É bom demais começar e terminar agradecendo! Por isso, ofereço a cada um@ e a tod@s, descrit@s aqui ou não, o som de um sambinha alegre, um abraço, um aperto de mão, um sorriso e uma companhia cheia de alegria por conquistar um sonho junto com um montão de gentes!

Abro alas com quem me fecundou, gestou e pariu: muito obrigada, mãe e pai, Marise e Nivaldo, por me possibilitarem o prazer de estudar desde logo cedo, já de oclinhos! E tudo o resto, claro! Por vocês agradeço a@s Cardoso e a@s Batista que amo!

A meus filhos, Luiz e Vitor para quem “guardei o amor sem ter razão!”... um amor que “vem esquentar e permitir”!

Logo depois, e bem juntinho, irmã e irmão, Nimara e Tarciso, e suas filhas, Marina e Kenê: é muito amor e água que não se contentam em fluir por dentro e logo vem banhar e encher de cheiro, calor, força e prazer os encontros nossos pela vida.

“Esta família é muito unida e também muito ouriçada”: obrigada pela SEMPRE
parceria!!!

A Lili...! Amada mestra! Ilustríssima! Linda, generosa, brilhante...! Quero sempre você por perto, grande parteira, ops!, parceira! Tem coisas que só nós duas saberemos: quantas boas risadas e tantos choros...sinto-me feliz por de algum modo merecer uma orientadora tão maravilhosa, escavando de mim, em mim e comigo, o que tantas vezes ainda nem sabia que estava me cutucando nesta caminhada de pensar-ler-escrever-vivendo! Muuuuito obrigada!

A Pablo, querido, que me pegou na mão e levou para o mar, quando eu não estava conseguindo ir só; e assim fez meu mar serenar, quando pisei na areia...vamos caminhando, meu lindo! Gratidão!

À banca mais diva (linda-charmosa-sensível) que podia ter: Mi, minha co-orientadora e sua intensa presença; Jeanne por me fazer, com sua doçura e sensibilidade,

olhar nos olhos da minha feminista contadora de histórias e estórias...e amar!; e Livia pela elegância marcante inclusive na prática pedagógica. Valeu mesmo, meninas!

A umas mulheres que são mães-irmãs-avós-filhas-amigas-tias...são minhas comadres: Silvinha, Josy (Ninha), Drica, Si, tia Fátima, Ieié, Zefa querida Guia...sou uma só com vocês! Amo!

Um abraço especial a minha querida Mari, minha compa de mestrado que conheço desde antes de conhecer e a quem reverencio pela meiguice e poesia...querida! Quantas afinidades...Obrigada pelas leituras carinhosas!

Agradeço a todos os coletivos e grupos de que fiz e estou fazendo parte (são muitos!): Malévolas; Parto Ativo; Jardim Arcanjo Raphael; Escola Jataí; Meninas Livianas; Bruxas De Aracaju; Desde Sempre, Para Sempre; Meninas do CAMED; Amigas...Revolução; Conselho das Anciãs; Círculo Azul; Marcha das Vadias; Supervisão Mais Médicos; Mais Médicos Lagarto; Salesiano 2 e 3B. Valeu whatsapp e facebook como instrumentos de afetação!

A@s colegas de trabalho e parceir@s de sonhos e lutas que encontrei nas passagens pela Maternidade Nossa Senhora de Lourdes;

A@s colegas da Universidade Federal de Sergipe, Campus de Lagarto, com gostinho especial a@s parceir@s das Práticas de Ensino e Comunidade, onde tenho grandes amig@s; a@s querid@s alun@s, com quem tanto venho aprendendo e buscando dar o meu melhor; e a@s colegas da Secretaria Municipal de Saúde de Lagarto, com também gostinho especial para a UBS Davi Marcos, sempre tão solícit@s e receptiv@s.

Ainda na UFS, esta escola onde desde 1995 lanço-me a conhecer, sonhar e lutar, agradeço aos professores do mestrado, Maurício, Marcelo e Kleber, cada um do seu jeitinho, bem como a@s colegas que me acompanharam nesta experiência tão rica.

À comunidade *Oxogunladé* pela intensa acolhida!

A@s queridos vizinh@s, Raquel, Rose e Cláudio, pelo apoio e alegria que me dão e a Érica, ou Élica (como dizem meus filhos), minha anja que torna leve e cheia de risadas a pesada lida doméstica.

Agradeço ao Mar, minha nutrição e fortaleza! Odoyá!

(Dá vontade de terminar não, mas tenho de imprimir a dissertação! Beijos.)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo a análise de práticas em saúde que sustentam a violência obstétrica como apropriação pelo saber-poder médico-científico dos corpos, dos processos reprodutivos e sexuais das mulheres durante suas gestações e partos. Tal apropriação assume especial configuração nos serviços de saúde, nos quais o discurso do risco incorporado por esse tipo de saber-poder adquire formas marcadamente centradas em fatores biológicos, patologizantes e fragmentários, configurando um modo singular de gestão dos riscos na gestação e parto, que ao invés de ampliação de autonomia, atuam produzindo corpos dóceis, no sentido utilizado pelo filósofo Michel Foucault. Busco ainda tecer relações entre conceitos de risco com práticas discursivas médico-hospitalares que, marcadas pela lógica da máxima produção de lucros no mínimo de tempo possível e embutidas do valor de verdade científica, legitimam-se nas intervenções sobre os corpos-das-mulheres-que-parem e atuam reforçando uma desapropriação das gestações e partos pelas mulheres. Ampliando o lócus da violência obstétrica para além do hospital, identificamos sua presença em algumas práticas de acompanhamento pré-natal, seja no setor público ou privado de saúde. Ressaltamos também conceitos de gênero, corpo, sexualidade e reprodução humana comuns em nossa sociedade que atuam na naturalização e perpetuação da violência obstétrica como violência de gênero contra mulheres que gestam e parem. Problematicamos ainda um certo entendimento de parto humanizado e suas capturas individualizantes, estatizantes ou mercadológicas, que tendem a leva-lo a um terreno no qual o protagonismo das mulheres ocorre de forma restrita. Ao tomar a bandeira da humanização do parto, movimentos sociais e políticas públicas conferem outros sentidos dando visibilidade a outras questões relativas à saúde das mulheres, sendo uma delas o problema da violência obstétrica; esta notoriedade, entretanto, precisa ser transformada em ações específicas a serem implementadas no sentido de não somente identificar e criminalizar quem pratica a violência obstétrica, como também de incorporar trabalhadores, gestores e usuárias dos sistemas de saúde de modo a exercerem seus protagonismos uns com os outros, apontando para relações de vínculo, responsabilização e partilha de decisões sobre os modos de gestar e parir. O percurso desta pesquisa fundou-se na pesquisa-intervenção, como metodologia na qual a relação entre objeto de pesquisa e pesquisador relacionam-se pela implicação, ou seja, pela capacidade de um produzir mudanças no outro. Assim, trago alguns relatos de experiências vividas como mãe, ativista do movimento pela humanização do parto (MPH), mulher, médica sanitária, docente do curso médico, além de usuária do sistema de saúde; papéis que se misturam, se transformam e dialogam com a prática da pesquisa implicada, desenhando a pesquisa com compromisso social, ético e estético.

Palavras-chave: práticas em saúde, gestação e parto, violência obstétrica, humanização, gênero.

ABSTRACT

This study aims to analyze health practices that support obstetric violence as a legal possession right by the medical-scientific knowledge-power of bodies, sexual and reproductive processes of women during their pregnancies and labor. This appropriation is a particular configuration in health care, in which the risk discourse embedded in this kind of knowledge-power that highlights biological factors, pathologizing and fragmented, making it the only way to manage the risk during pregnancy and childbirth, rather than expansion of autonomy, act producing docile bodies in the sense used by the philosopher Michel Foucault. I seek to relate relationships between risk concepts with medical and hospital discursive practices, marked by the logic of maximum production profits in the shortest time and built the scientific truth of value-legitimize the interventions on the bodies-of-women that acts reinforcing a dispossession of pregnancies and births. Expanding the locus of obstetric violence beyond the hospital, we identify their presence in some prenatal care practices in both the public or private health sector. It also emphasize gender concepts, body, human sexuality and reproduction, all common topics in our society , working in naturalization and perpetuation of obstetric violence as gender-based violence against women ;that are pregnant or have children. We also question a certain understanding of humanized birth and their individualizing, statist or marketing shots, which tend to take you to a land in which the role of women is narrowly. By endorsing labor humanisation, social movements and public policies give other senses about issues related to women's health, in which obstetric violence is of them; this notoriety, however, must be transformed into specific actions to be implemented to not only identify and criminalize those who practice obstetric violence, but also to incorporate workers, managers and users of health systems in order to exercise their protagonists to others, linking relations, accountability and sharing decisions about ways to gestate and give birth. The path of this research was born in intervention research as a methodology. in which the relationship between search object and the search engine are related by implication, that is, the ability to produce changes to each other. So, I bring experiences as a mother, activist of the Movement for Birth Humanization (MBH) woman medical health officer, medical school teacher, and the health system user; roles that mix, transform and dialogue to the practice of research involved, designing research in social, ethical and aesthetic commitment.

Keywords: health practices, pregnancy and labor, obstetric violence, humanization, gender.

Sumário

INTRODUÇÃO.....	1
Desenhando um objeto: a violência obstétrica	4
Para além da ponta do iceberg: acompanhando práticas com mulheres.....	8
CAPÍTULO 1. Gestão do risco na gestação e no parto em tempos de epidemia	13
Por onde andam os riscos?	18
CAPÍTULO 2. Aprendizados com as cesáreas eletivas.....	24
Cena 1: <i>Parto-seguro</i>	26
Cena 2: Pronto! Pariu cesárea eletiva!.....	29
CAPÍTULO 3: O parto humanizado: diferenças e divergências que (in)visibilizam a violência obstétrica.....	35
CAPÍTULO 4: Transando Gênero, Sexualidade e Saúde Sexual e Reprodutiva na Gestação e Parto	46
Cena 3: Eu decido como parir	48
CAPÍTULO 5: Com A Palavra E Os Gestos: Os Corpos Grávidos Que Parem	61
Cena 4: Violência Perfeita.....	61
Cena 5: Eu Decido Aonde Parir.....	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS.....	80

INTRODUÇÃO

Uma pesquisa que se fez em movimento. É assim que mais parece a trajetória dessa pesquisa, na qual experiências vividas, objeto, metodologia, textos, contextos foram movidos muitas vezes por interrogações, outras tantas por convicções que estremeceram...parar para fazer um mestrado sem parar! Isso tem a ver com minha história, com minhas (des) construções de mãe, de militante, de médica, de docente, de mulher.

Desde 2010, na gestação do meu primeiro filho, bem antes deste mestrado, participei de um grupo de amigas grávidas que se encontrava para partilhar experiências, em Aracaju. Sair do enquadramento que as consultas de pré-natal pareciam nos assediar, era uma afinidade que nos unia. Queríamos e éramos mais que “gestantes de risco eventual” (termo utilizado para designar gestantes que não são classificadas como de alto risco); sentíamo-nos e queríamos-nos mulheres poderosas, que inclusive espiritualmente estavam gestando um novo ser e pretendíamos expandir e comunicar esta sensação! Por certo, sentia-me inclusa num grupo-minoria entre colegas da classe média, afinal, queria parto normal, sinônimo de dor e sofrimento para algum@s¹. Mas o medo da dor era muito, muito menor que o da anestesia num parto cirúrgico, ou de uma experiência hospitalar que já bem conhecia pelos bons resultados na recuperação d@s doentes, mas principalmente pelas frequentes marcas de dessingularização (...). Lá, provavelmente, teria de ‘brigar’ para que minhas necessidades fossem ouvidas e respeitadas...

No começo de 2011 todas já estávamos devidamente paridas. Quase todas por cesárea. Quase todas se sentindo desrespeitadas no parto, de diversas formas. Violência Obstétrica (VO) até então, era um conceito que não existia para mim.

Demorou pelo menos um mês de parida para conseguir entender que o choro fácil, a insônia, a raiva, a dificuldade na amamentação, relacionavam-se, dentre outras, com a lembrança recorrente da postura abusiva da pediatra que me negou o direito de ficar com

¹ Na escrita, utilizo o símbolo @ sempre que me referir a uma palavra cujo uso pode ser escrito no feminino ou masculino e que culturalmente é feito no masculino. Ou feminino, quando se associa a uma atividade que costuma ser desenvolvida por mulheres (ex.: @s enfermeir@s e @s médic@s). Esta opção tem por objetivo problematizar na escrita um modelo binário de significação de gênero, tomando este conceito como categoria analítica de relações de poder em nossa sociedade; vem sendo utilizada em teses, dissertações e artigos acadêmicos, especialmente que têm como objeto de estudo questões de gênero.

meu filho naquelas quase infindáveis duas horas em que fui privada de interagir com ele, logo que saiu de meu útero. Isso ocorreu mesmo tendo pedido à tal médica para deixá-lo comigo, ainda com os braços amarrados², sem sentir meu corpo vivo da cintura para baixo. Mesmo depois de bradar na sala de parto que aquela “conduta era adequada para o século XV!”, “se tiver problemas na amamentação vou processar vocês”; e isso ocorrendo enquanto as técnicas de enfermagem, como formiguinhas, concluíam seu trabalho sobre aquele corpo que eu lutava para preservar meu, mesmo no hospital.

A carta enviada à pediatra, as reclamações feitas à clínica, todas sem resposta, não tiveram qualquer efeito para diálogo, ou mesmo o reconhecimento de um possível ‘mal-entendido’. Passados os dias e meses de profunda raiva da agressão, crescia o desejo de encadear um projeto de pesquisa sobre o assunto. Talvez assim tivesse um tanto de paz! Pensava: “se aconteceu comigo, que sou médica, irmã e cunhada de médic@s, estava numa maternidade privada, pagando pelo cuidado recebido, imagine o que não acontece por aí? ”.

Uma dissertação de mestrado aparecia como possibilidade de dar voz à experiência vivida e para falar dela tive de reconhecê-la, admiti-la, escarafunchá-la, questioná-la. Quis ter justiça feita, mas não foi tão simples assim...

Acreditei por um tempo que entrar no ambiente de pesquisa acadêmica, demandava certo afastamento, certa imparcialidade. Ledo engano. Entre o nascimento do meu primeiro filho e o mestrado, de cuja seleção participei grávida do segundo filho, fiz curso de formação de doula pelo Grupo de Apoio à Maternidade Ativa São Paulo (GAMA), deixei de ocupar a função de gestora do Sistema Único de Saúde (SUS), fui trabalhar numa maternidade como médica sanitária, participei da formação de um coletivo de mulheres, o Parto Ativo-SE, iniciei nova carreira profissional como docente do curso de medicina na Universidade Federal de Sergipe (UFS), coordenei em Aracaju a Marcha pelo Parto Humanizado/2012, elaborei projeto de pesquisa para ingressar no mestrado, apresentei, fui aprovada, entrei no mestrado, pari meu segundo filho por cesárea desta vez sem violência, frequentei aulas (com meu bebê, recém-nascido),

² A prática de amarrar os braços da mulher em crucifixo durante um parto cirúrgico ainda é comum em muitas maternidades e tem sido tomado como violência obstétrica por mulheres que foram submetidas a este procedimento que, muitas vezes realizado sem qualquer justificativa ou consentimento, não implica qualquer risco mediato à vida da mãe ou d@ bebê, além de dificultar o primeiro contato entre ambos e de conferir um papel ainda mais passivo à mulher no parto.

participei de debates sobre parto humanizado e violência obstétrica, voltei a clinicar numa Unidade Básica de Saúde (UBS), e só depois de um tempo, pude compreender...meu desafio era incorporar metodologicamente as experiências vividas como constitutivas da pesquisa!

Ao elaborar o projeto de pesquisa inicial para a seleção do mestrado, tinha como objetivo utilizar novas lentes para olhar para a temática da humanização do parto, fazendo assim meu primeiro deslocamento intencional: pesquisar como uma usuária do sistema de saúde e buscar identificar como se dava a construção de autonomia de gestantes hospitalizadas. Deixar em repouso as lentes da médica sanitaria, militante e vestir as vestes da usuária do sistema de saúde, independente se público ou privado.

O cotidiano como trabalhadora de uma maternidade de alto risco estimulava investigações sobre as possibilidades de ampliação de autonomia das mulheres e foi me aproximando da emergência de um objeto de pesquisa “novo”, mais próximo do que as lentes e o corpo da usuária do sistema de saúde me tocavam como problemático. Não era mais o encanto pelas possibilidades de mudança, ampliação de autonomia e protagonismo que me faziam demorar o olhar; era sim, o silêncio incômodo de um certo tipo de violência praticada contra os corpos vivos das mulheres que chegavam ao hospital-maternidade para ter seu 1º, 2º, 3º...8º filho e continuavam tendo seus corpos submetidos às mais diversas intervenções, sem serem minimamente informadas ou questionadas sobre se aceitavam ou não, tal ou qual procedimento e, quando ousavam perguntar, eram silenciadas das mais diversas formas.

Fui aos poucos me aproximando de movimentos feministas, estranhando e me encontrando com novos conceitos e possibilidades de inserção nas lutas cotidianas e percebendo o peso de uma cultura marcada pelo binarismo opositor homem-mulher, com o julgo desta àquela, exercendo-se sobre os corpos-em-relações. Aqui se deu o meu encontro com um conceito de Violência Obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelo saber-poder-médico-científico, impossibilitando o exercício da autonomia e da capacidade de as mulheres decidirem sobre seus corpos e sua sexualidade³. Assim, nos caminhos e descaminhos, resolvi que as lentes que pretendia usar já não eram aquelas de mãe, mulher, professora e usuária do sistema de saúde, em detrimento daquelas, de médica sanitaria. Queria utilizar todas possíveis! Não como as lentes de óculos para correção da alta miopia dos olhos que

³ Este conceito, produzido a partir de autores como Michel Foucault e de documentos e pesquisas que tratam da temática, será desenvolvido em um tópico específico.

carrego desde a infância, mas como as do documentário *Janela da Alma*, de João Jardim e Walter Carvalho (2001); como um certo jeito de estar no mundo, com um foco que se faz à minha escolha consciente ou à revelia dela, guardando bordas sempre imprecisas e ricas em possibilidades...

E no turbilhão da escrita da pré-qualificação⁴, a decisão: era sobre Violência Obstétrica que queria pesquisar, enfim. Busquei explorar esta prática a partir dos lugares que vivi: estudante de medicina, usuária do sistema de saúde, mulher, ativista, médica e mãe, docente do curso médico, sempre indignada e inconformada. Por fim, do lugar de pesquisadora, especialmente a partir da extensa e emocionada sessão de defesa de projeto de pré-qualificação, quando me senti convocada a aprofundar os estudos sobre essa prática social – a violência obstétrica - que tem suas origens em raízes complexas, cultural e historicamente construídas, estando inserida ainda no campo de estudos sobre saúde e violência, de forma mais ampla.

Desenhando um objeto: a violência obstétrica

Alba Zaluar (1999) num estudo acerca das abordagens sobre violência no Brasil pós regime militar ressalta a polifonia do termo, cuja origem latina remete ao emprego da força, ao vigor. Tal força pode-se transformar em violência: “a percepção do limite e da perturbação (e do sofrimento que provoca) que vai caracterizar um ato como violento, percepção esta que varia cultural e historicamente” (p.08).

Ao tomar violência como um instrumento de poder, Zaluar (Ibidem) problematiza o uso deste termo exclusivamente no seu pólo negativo, como algo mal, algo que deve ser exterminado; ressalta alguns autores que a tomam como constitutivas das relações sociais, podendo a sua manifestação pública servir, por exemplo, para questionar o uso corriqueiro da violência como instrumento que força um consenso, uma ordem social. Dada a diversidade de sentidos tomo dessa autora o comum nas relações que viabilizam e se manifestam como violência:

⁴No Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da UFS, onde realizo o mestrado, a pré-qualificação é uma etapa de acompanhamento e avaliação do projeto que antecede o exame de qualificação, da qual participam diversos professores e alunos de uma mesma Linha de Pesquisa.

Em todas elas, ressalta-se, explicitamente ou não, o pouco espaço existente para o aparecimento do sujeito da argumentação, da negociação ou da demanda, enclausurado que fica na exibição da força física pelo seu oponente ou esmagado pela arbitrariedade dos poderosos que se negam ao diálogo (Ibidem, p. 13).

Maria Cecília de Souza Minayo e Edinilza de Souza (1998), nos estudos sobre violência, ressaltam seus impactos incidindo sobre o campo da saúde, bem como o reconhecimento da violência como um problema da práxis sócio-política. Como tal, sua abordagem demanda não só o reconhecimento das manifestações ou impactos, mas também das condições que a engendram, apontam para a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e ressaltam:

É preciso fugir das explicações a-históricas, metafísicas e fatalistas, fora das situações onde acontecem (*as relações de violência*). É fundamental desvendar e explicitar o caráter de dominação das instituições coercitivas e de persuasão, apresentadas como instrumentos técnicos, acima da realidade social. (Ibidem, p. 523, grifo nosso)

Para isso elencam alguns campos de saberes, como as ciências sociais, a saúde coletiva, especialmente a epidemiologia e a psicologia, cujos limites de abordagem pela própria constituição, produzem sempre teorias parciais acerca da violência como objeto de estudo, sua complexidade, polissemia e controvérsias.

Por sua vez, Lilia Schraiber et al (2009) apontam a importância da relação entre os movimentos sociais e a produção científica na tomada da violência como objeto de estudo no campo da saúde e afirmam que “a violência se estabelece como objeto de denúncia ético-política, pois os estatutos que assim a tomam assumem o estatuto da crítica da sociedade e sua cultura” (p. 1021).

No campo mais específico da assistência às gestantes, vários estudos vêm-se ocupando de explorar o cuidado, tanto em seu pré-natal como no parto.

Para Mariana Pulhez (2013-a):

Trazer à tona a discussão sobre o parto parece ser, portanto, denunciar a violação de direitos humanos quando da adoção de certos procedimentos que escapam às políticas públicas já direcionadas à saúde reprodutiva e sexual da mulher (políticas referentes à cesariana, ao aborto, à morte materna, ao câncer de colo uterino, de mama, etc.), como, por exemplo, os casos de negligência médica, violência física, violência verbal e violência sexual que parecem ocorrer dentro dos hospitais durante os parto. (p. 551)

Esta associação entre Violência Obstétrica e direitos humanos contribui para o

reconhecimento daquela como práticas de violação de valores que se pretendem universais. Apesar disso, há situações de violência contra mulheres grávidas que extravasam o reconhecido e balizado como direito humano demandando uma distinção:

Crime implica a tipificação de abusos, a definição das circunstâncias envolvidas nos conflitos e a resolução destes no plano jurídico. Violência (...) implica reconhecimento social (não apenas legal) de que certos atos constituem abuso, o que exige decifrar dinâmicas conflitivas que supõem processos interativos atravessados por posições de poder desiguais entre os envolvidos (DEBERT & GREGORI, p.176, 2008, apud PUNHEZ, 2013-b, p. 02).

Identificar esta diferenciação torna-se importante para incorporarmos ambos os conceitos na tomada do nosso tema de pesquisa como um problema com implicações práticas sobre as quais poderes jurídicos se exercem ou podem ser exercidos.

No que se refere a mulheres grávidas hospitalizadas, algumas designações encontradas em pesquisas acadêmicas foram ‘violência institucional em maternidades’, por Janaína Aguiar (2010), abusos e maus tratos (OMS, 2014), ou uma descrição de atos e posturas que devem ser desencorajados, como sugerem Neuma Teixeira e Wilza Pereira (2006), para que @s profissionais de saúde mantenham um relacionamento mais humano, integral e que considerem a singularidade das usuárias desses serviços.

Encontramos, em um trabalho sobre violência hospitalar de Annatalia Gomes *et al* (2008) uma associação com a ideia de violência estrutural como sendo uma força macrossocial no âmbito político-econômico, que limita injustamente o acesso às oportunidades dos desfavorecid@s. Interrogo aqui a ideia de “desfavorecidos” pela força de associação com uma interpretação corrente na assistência à saúde que toma o público como o lugar do serviço de baixa qualidade, destinado a@s pobres, e o privado como o bom serviço; mais adiante tomarei esta faceta do atual processo de mercantilização do parto como evento médico-hospitalar, que tende a naturalizar as práticas de violência obstétrica nos serviços privados de saúde.

A Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2014) considera que @s obstetras estão sendo acusados injustamente como únicos culpados pela “Violência Obstétrica”. Mesmo condenando quem a pratica, a FEBRASGO recomenda o uso do termo “Violência no Parto”, por considerar que esta abarca as más condições estruturais, bem como a responsabilidade de toda a equipe. Considero esta terminologia bastante restritiva, tendo em vista que o problema que se está buscando nomear não se restringe ao parto, como evento isolado. Também não se restringe à atuação da equipe

hospitalar e suas condições de trabalho. Ainda que o parto seja visto como a cena principal da assistência às gestantes, há outras cenas e condições que escapam ao espaço hospitalar, aos serviços de saúde, como veremos adiante, situando o problema que estamos delimitando também, e especialmente, num campo de produção de subjetividades e relações de poder.

O termo “Violência Obstétrica” é utilizado na tipificação legal do problema na Venezuela a em março de 2007 (Parto do Princípio, 2012) e passa a ser mais utilizado no Brasil a partir de 2010, quando a Fundação Perseu Abramo (2010), em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC), divulga os resultados da pesquisa realizada sobre Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado e revela: 25% das mulheres entrevistadas sofreram algum tipo de violência durante o atendimento ao parto. Todas as perguntas feitas nesta pesquisa tiveram pelo menos uma resposta positiva, a saber: realização do exame de toque de forma dolorosa, negativa ou não oferecimento de algum tipo de alívio da dor, se a mulher recebeu grito, se foi informada dos procedimentos que estavam sendo realizados, se houve negativa de atendimento, se foi xingada ou humilhada, se foi empurrada, amarrada, se bateram nela e, por fim, se foi sexualmente assediada.

Em 2011, o ciberespaço passa a ser lugar fundamental de atuação de mulheres que, mobilizadas em torno dos resultados da pesquisa, realizam blogagem coletiva para dar visibilidade ao problema chamado Violência Obstétrica como Violência Contra a Mulher, além de realizarem audiências públicas e de produzirem o documentário “Violência Obstétrica - A Voz das Brasileiras”, com depoimentos voluntários de mulheres que sofreram Violência Obstétrica (SENA, 2012).

Em 2012 a Rede Parto do Princípio⁵, elaborou um dossiê para ser apresentado ao Senado, distinguindo 06 caracteres ou tipos de Violência Obstétrica: físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático.

Ainda no que se refere ao uso do conceito, encontramos material informativo da Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2013), bem como o projeto de lei do

⁵ “Rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro que luta pela promoção da autonomia das mulheres, tendo como principal eixo de atuação a defesa e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, em especial no que se refere à maternidade consciente. Atua na articulação de mulheres nos planos local, regional e nacional por meios virtuais (redes sociais e e-mails) e presenciais”. (Extraído de <http://www.partodoprincipio.com.br/#!sobre/cjg9>, em 07/05/2014)

deputado federal Jean Wyllys (2014) que a caracteriza, além de propor sua erradicação e de responsabilizar civil e criminalmente os profissionais de saúde que a praticarem:

Caracteriza-se a violência obstétrica como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos (as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (PL 7633, 2014).

O conceito de Violência Obstétrica (VO) forjado nesse projeto enuncia o problema que queremos tratar com mais especificidade do que Violência Institucional, ao mesmo tempo em que amplia a Violência no Parto, pois envolve questões relativas a gênero, sexualidade e ao que se tem chamado saúde sexual e reprodutiva. Para nós o que está em jogo é um entendimento sobre mulheres e suas sexualidades quando justificamos não somente a sua internação para parir, mas sim a submissão do seu corpo a um conjunto de procedimentos técnicos sendo ele essencialmente privado da palavra, do movimento e da decisão. Assim, as práticas que tomaremos como Violência Obstétrica não se produzem somente na assistência ao parto, mas também na gestação, pré-parto, puerpério e em situações de abortamento. Indo além, exploraremos isso no decorrer dos capítulos, tais práticas também não se produzem exclusivamente no interior das instituições de saúde, mesmo que reconheçamos que aí esteja o lugar, por excelência, da sua tecnificação.

Por fim, a opção pelo conceito de Violência Obstétrica tem a ver com a maior afinidade política com os coletivos feministas que vêm buscando dar visibilidade ao problema.

Ressaltamos, então, que o objetivo deste trabalho se deu na análise de práticas em saúde que sustentam a violência obstétrica como apropriação do corpo, dos processos reprodutivos e sexuais das mulheres durante suas gestações e partos pelos saber/poder médico-científico.

Para além da ponta do iceberg: acompanhando práticas com mulheres

Mas, a definição de um objeto e dos objetivos de uma pesquisa não define o modo como nos relacionamos com ele. Precisei sentir-me, em um certo momento, à deriva. Sim, para entrar na escrita da dissertação, logo depois da qualificação, precisei chegar a um ponto tal em que absolutamente não sabia para onde seguir. Como falar de violência

obstétrica? COMO? Entrevistas com gestores, trabalhadores e usuárias? Grupos focais? Revisão sistemática de literatura? Narrativas autobiográficas?

Nada parecia bastar...trazer à tona minha experiência vivida como um modo de reinventar-me e de denunciar uma prática corrente? É isso! Pensei por instantes. Insuficiente...descambaria para um diário pessoal, ou para uma carta de denúncia. Era preciso viabilizar isso no formato possível para uma pesquisa científica na universidade do século XXI no Brasil.

Trazer as experiências com outras mulheres...hum...seguir esta pista...

E onde começa, onde se origina a Violência Obstétrica?

Foucault (2007) problematiza a busca das origens das coisas realizada nos diferentes métodos científicos, mostrando que, embora diversos, todos estão imbuídos do poder da verdade. Neste sentido, a verdade configura-se como uma espécie de erro que tem a seu favor o fato de não poder ser refutada: “o que se encontra no começo histórico das coisas não é a identidade ainda preservada da origem – é a discórdia entre as coisas, é o disparate” (ibidem, p. 18). Seguindo esta pista foucaultiana, que esvazia de sentidos a busca isolada de uma origem histórica das coisas, tratar da violência obstétrica demandou um esforço para não cair na sedução de ser simplista e olhar somente para a ponta do iceberg, como diria Paul Veyne (1982); não ter a pretensão de identificar @s ‘verdadeir@s culpada@s’, ou de tratar do fato em si, localizando-o no setor público ou privado, no hospital, ou no consultório, ou nas relações familiares, ou de partir de uma criterização enrijecida do que deve ou não ser classificado como violência obstétrica, em busca de julgar e apenar @s culpada@s...

Fui navegando nestas águas nem sempre tranquilas, nem sempre revoltas, mas sempre moventes e encontrei Veyne, como se uma placa de advertência: “uma noção que não se traduz em nada de efetivo não passa de uma palavra”. E continua: “o objeto não é senão o correlato da prática” (ibidem, p. 159).

Então, o estudo sobre violência obstétrica foi fazendo sentido como um exercício de explorar minhas memórias de experiências como médica, professora, ativista ou doula, relacionadas com o tema da gestação e parto, mas também outras práticas, nem sempre vinham com data, mas sempre com cheiros, sentimentos, visões, afetos, lágrimas e muitas, muitas conexões mesmo: a conversa com a atendente do mercadinho da esquina, o senhor da fila, outr@s feministas, a pichação no muro, a moça do salão de beleza, @s tia@s, prim@s, a parteira, @s amiga@s, os pais grávidos, @s av@s...fui percorrendo-as a

partir de um lugar que não se situa no fim ou numa pretensa origem do problema, e sem depender somente de uma construção consciente, racional e crítica; segui caminhos guiados pela consciência como condição para abrir portas, mas não todas.

Para Cláudia Neves *et al* (2010) a produção de subjetividades relaciona-se com memórias em movimentos sempre inacabados, que está aberto a todos os devires, não se restringindo ao sujeito, neste caso, à pesquisadora. Foi seguindo memórias, prenhes de sentidos em mim, afetando-me e possibilitando transbordamentos, que pude realizar ressignificações do ato de pesquisar, na medida que fui abandonando a pretensão de verdade sobre o problema da violência obstétrica, saindo do lugar de especialista no assunto por tê-la sofrido, ou por ser médica, ou ativista. Fui ocupando um lugar de quem interroga, caminhando junto. É importante ressaltar que o que chamo de afetação aqui não se refere à mobilização de sentimentos individualizados, mas à “efetivação de uma potência de matilha, que subleva e faz vacilar o eu” (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 21. Apud Vasconcelos, 2013, p. 50).

E foi assim que a opção metodológica por uma pesquisa-intervenção produziu no objeto da pesquisa e na pesquisadora um movimento permanente de transformação no exercício de pesquisar. Implicação. Esta é a relação que se estabelece entre ambos. Nesse sentido é preciso marcar que a concepção de sujeito, que tomo de Simone Paulon (2005), na qual este aparece como multi e socialmente produzido, distingue-se do que se associou à noção de indivíduo na modernidade, cuja prática guiada pela própria racionalidade, e sobretudo por ela, aprofunda uma cisão homem/mulher x mundo no uso da ciência. Como afirma Paulon (Ibidem):

Ao negar as formas fragmentárias, múltiplas e diversas com que a subjetividade se produz socialmente, a equivalência sujeito-indivíduo cria uma fantasia unitária e centralizadora que reduz o conhecimento do mundo àquilo que se revela à consciência de seu pretenso “senhor” (p. 21)

Para superar dicotomias como sujeito-objeto, objetividade-subjetividade, homem/mulher-mundo, buscamos compor metodologicamente esta pesquisa a partir de invenções estético-ético-políticas que apareceram como possibilidades, na medida em que problematizamos a pretensa neutralidade da ação do pesquisador.

Ao pesquisador que conceba a subjetividade à luz de um paradigma ético-estético, que se proponha a observar os efeitos dos processos de subjetivação de forma a singularizar as experiências humanas e não a generalizá-las, que tenha compromisso social e político com o que a realidade com a qual trabalha demanda de seu trabalho científico, não é dada outra perspectiva de investigação que não a pesquisa-intervenção. (Idem, 2010, p. 92)

Esta autora ressalta que o termo intervenção não se confunde com o sentido negativado que costuma assumir de intromissão violenta, mas de interposição; ao invés de isolar-se, pôr-se no meio, misturar-se. Para isso, a pesquisa-intervenção deve guardar um rigor na afirmação das diferenças que propõe, sem desembocar num relativismo vazio e desprovido de sentidos.

Com base na abordagem genealógica de Foucault, busquei mostrar como a emergência da violência obstétrica como o resultado de um jogo, uma maneira como certas forças lutam umas contra as outras, seus combates frente a circunstâncias adversas, ou ainda a tentativa que elas fazem – se dividindo – de escapar da degenerescência e recobrar o vigor a partir de seu próprio enfraquecimento (Foucault, *ibidem*, p. 23).

E com mais uma contribuição, brincante, digamos assim, de Veyne (*Ibidem*), uma intenção esteve presente nesta navegação, qual seja a de buscar densificar o problema, conduzindo e sendo conduzida na pesquisa para expor determinações que objetivam práticas que aqui estamos chamando Violência Obstétrica. E para isso, o autor pinça uma característica dos fatos humanos: a raridade.

Os fatos humanos são raros. Não estão instalados na plenitude da razão, há um vazio em torno deles para outros fatos que o nosso saber nem imagina; pois o que é poderia ser diferente; os fatos humanos são arbitrários (p. 151).

Por fim, ao incorporar a análise da implicação como constitutiva da pesquisa-intervenção e assim possibilitar que sejam postos em evidência os jogos de interesses e de poder encontrados no campo investigativo, ressalto que realizar uma pesquisa sobre violência obstétrica tem a ver com o desejo de dar visibilidade a este problema, buscar desnaturalizá-lo e implicar a produção científica nisso; buscar oferecer questões aos movimentos sociais, trabalhador@s e gestor@s que se afinam nesta causa viva de acabar com a violência obstétrica, fortalecendo as mulheres e suas redes no protagonismo de suas vidas, circunstancialmente marcadas pela gestação e parto.

Apresento a seguir, algumas questões que foram guiando os capítulos deste trabalho.

No primeiro capítulo, *Gestão Dos Riscos Na Gestação E No Parto Em Tempos de Epidemia*, busco identificar: como conceitos de risco contribuem para a produção da situação atual da assistência às gestantes no Brasil, considerando-se as epidêmicas taxas de cesáreas? Como eles aparecem nas práticas de partos hospitalares e domiciliares, seja no setor público ou privado de saúde?

No segundo capítulo, *Aprendizados com as cesáreas eletivas*, considerando ainda o problema da epidemia das cesáreas no Brasil especialmente às custas das práticas nos hospitais-maternidades privados, utilizo duas cenas para interrogar: como se misturam práticas médico-hospitalares e mercadológicas na assistência às gestantes e como aí se inscrevem práticas discursivas acerca do risco? Que concepções de corpo, gestação, parto e assistência à saúde sustentam tais enredamentos? Como a violência ocorre e/ou se viabiliza na produção das cesáreas eletivas?

No terceiro, *O parto humanizado: diferenças e divergências que (in)visibilizam a violência obstétrica*, como a humanização do parto vem sendo tomada pelos movimentos sociais e políticas públicas de saúde? E o que se vem chamando ‘parto humanizado’, considerando-se partos hospitalares, domiciliares, cirúrgicos ou vaginais? Como estes entendimentos e práticas se relacionam com o problema da violência obstétrica?

No quarto capítulo, *Transando Gênero, Sexualidade E Saúde Sexual E Reprodutiva Na Gestação E Parto* a partir da temática da saúde sexual e reprodutiva, exploro na cena ‘*Eu decido como parir*’ conceitos e forças sociais que transbordam o hospital como locus exclusivo onde emerge a violência obstétrica, identificando na assistência pré-natal período privilegiado no qual se forjam as condições para ou a própria manifestação da violência obstétrica como violência de gênero.

No quinto e último, *Com A Palavra E Os Gestos: Os Corpos Grávidos Que Parem* tomando como referência as cenas ‘*Violência Perfeita*’ e ‘*Eu Decido Aonde Parir!*’ busco identificar: nas relações entre trabalhador@s e gestantes, como se imbrincam relações de poder-violência-exercício de liberdades? Há modos possíveis de lidar com (as tentativas de) a Violência Obstétrica?

Por fim, ressalto que os nomes próprios citados em todas as cenas são fictícios.

CAPÍTULO 1. Gestão do risco na gestação e no parto em tempos de epidemia

Neste capítulo, tomaremos o problema da taxa de cesárea epidêmica no Brasil para explorar elementos que colocam o conceito de risco como orientador/analizador na organização de certas práticas de cuidado às gestantes, seja no setor público ou privado, na atenção ambulatorial ou hospitalar.

A partir da década de 70, as taxas de cesárea no país começaram a crescer aceleradamente. Este crescimento descontrolado, que se deu especialmente às custas dos partos em maternidade privadas, pôs o Brasil entre os países com as maiores taxas de cesárea do mundo e, em 2009, mais da metade dos partos passaram a ser por via cirúrgica, atingindo a cifra de 50,6% (MS, 2012, p. 384). Hoje estima-se que esteja em torno de 56%, sendo que nos serviços privados este percentual é mais que o dobro do observado no setor público, respectivamente 40 e 85%. (Idem, 2015)

Cabe-nos perguntar sobre as circunstâncias tecno-políticas-sociais que possibilitaram essa mudança nos modos de parir. Trata-se de uma prática para evitar riscos? Que conceitos de risco sustentam tais práticas?

Em 2015, o então ministro da saúde Arthur Chioro chamou *epidemia de cesáreas*⁶ a crescente e descontrolada taxa de cesáreas praticada no Brasil, cujo reconhecimento como problema de saúde pública demandava ações de governo. Neste contexto foi criada a Resolução Normativa 368, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que:

[...] dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante, e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar (ANS, 2015)

A corporação médica esbravejou de um lado e os movimentos de mulheres festejaram de outro: enfim, o Estado estava intervindo sobre a assistência ao parto e buscando a humanização no setor privado. Um Estado protetor das mulheres?

⁶ Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/2718-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-resolucao-para-estimular-parto-normal-na-saude-suplementar>. Acesso: 16/05/15

E, neste debate que ocupou as mídias no país, um assunto ficou em aberto quando o ministro da saúde afirmou⁷ que considerava ilegal a cobrança de uma *taxa de disponibilidade* cobrada corriqueiramente, caso a mulher queira que o médico assistente no parto seja o mesmo que a acompanhou durante o pré-natal. “Paga quem quer e quem pode ter um serviço diferenciado!”, “o Ministério da Saúde está ferindo a autonomia do médico!”, “Está previsto no Código de Ética Médica!”, bradaram vozes corporativas. “Isso não vai dar em nada!”, previam as pessimistas. Ou otimistas, dependendo de onde/quem partia a previsão.

Aparece nesse debate uma dimensão de uma certa prática médica, marcada pela lógica do lucro, que não podemos negligenciar, quando tratamos de assistência às gestantes: as cesáreas eletivas, com hora e data marcadas, além de conferirem um maior controle sobre a gestão da agenda médica e hospitalar, possibilitam também maiores rendimentos. Agendando o procedimento, torna-se desnecessário esperar o trabalho de parto, cujo tempo de duração é variável e em geral demanda muito mais a presença d@ médic@, requerendo um acompanhamento constante, quando comparado à maioria das cirurgias cesáreas. Ou seja, quando se aumenta a produção de cesáreas eletivas, com aprimoramento das técnicas obstétricas, hospitalares e de anestesia, dá-se uma maior eficiência no uso do tempo d@ médic@ (menos ‘desperdício’ de tempo) e maiores chances reais de ganhos financeiros.

É interessante registrar o modo como a judicialização das práticas médic@-obstétricas se mistura e alimenta a epidemia de cesáreas, quando se encontra com certas práticas discursivas: a realização das *cesáreas a pedido* (da gestante) representa um modo de proteger-se de processos éticos, junto aos conselhos de medicina, ou civis, pela justiça comum. Caso haja algum problema na assistência ao parto, @ médic@ está protegido, por que interviu. Aqui o jargão médico *resolver a gestação* assume força como intervenção cirúrgica sobre os potencialmente doentes corpos-que-parem. Interessante perceber como deste modo o parto se fortalece não mais como uma experiência familiar, mas como um ato médico.

Sobre as crescentes taxas de cesárea no Brasil e no mundo, Luis Patah & Ana Malik (2011), apontam como fundamental na análise das taxas de cesárea de uma

⁷ Disponível em: <http://www.alagoas24horas.com.br/367758/governo-cria-regras-para-que-saude-privada-reduza-cesarianas/> Acesso em: 06/01/2015

localidade os seguintes fatores: o modelo assistencial vigente, ou seja, a organização dos serviços de saúde: as *tendências culturais* relacionadas à formação médica; e os fatores relacionados à escolha da mulher, que tem a possibilidade de optar sobre seu parto, se vaginal ou cirúrgico. @s autor@s concluem:

Portanto, o estudo das taxas de cesárea sob qualquer prisma de análise terá necessidade dessa contextualização sociocultural e econômica da população estudada, avaliando os interesses de todos os envolvidos nessa cadeia assistencial (p. 192)

Pretendo mostrar com isso que o problema da elevada e crescente taxa de cesárea dos últimos anos está imerso em um complexo enredamento de discursos, interesses, práticas, saberes e poderes. Embora seja evidente a incidência do poder econômico, com sua crescente busca de produção de lucros, nessa problemática dos altos índices de cesárea no Brasil, interessa-nos pensar sobre os modos como poderes são exercidos sobre os corpos das mulheres-que-parem, criando as condições necessárias para o problema que vem sendo chamado Violência Obstétrica.

Tomaremos inicialmente o conceito de risco, entendendo que a elaboração de conceitos envolve, além de um domínio específico de conhecimento, vários usos em diferentes contextos e práticas discursivas. Assim, esse conceito será utilizado como analisador⁸ de práticas de (des)cuidado na atenção às gestantes durante o pré-natal, trabalho de parto e parto.

Mary Spink (2002) argumenta que estamos vivendo processos de destraditionalização do conceito de risco ao realizar um estudo baseado em repertórios interpretativos presentes em discursos e práticas atuais. Ressalta que, apesar das precauções das agruras advindas de um futuro misterioso já presentes em sociedades pré-capitalistas, é com a organização do capitalismo a partir do século XIV que se observa uma relação com o futuro pautada por potencialidades objetivas, matematicamente calculadas, e não por suposições abstratas, simplesmente.

Esta autora defende, com base nos estudos de Michel Foucault, que a modernidade clássica tinha a vida como objetivo de governo e para tal suas estratégias estavam

⁸ Ferramenta conceitual utilizada pelo movimento institucionalista que permite revelar o caráter fragmentário, parcial e polifônico de verdades instituídas (Paulon, 2005)

calçadas: no poder disciplinar atuando sobre os corpos e produzindo maiores possibilidades de controle; e nos biopoderes como forma de poder cujo foco está sobre a gestão de populações, sendo sua principal estratégia a produção de mecanismos de segurança com base num uso das informações não mais pautados pela simples coleção de dados. O biopoder passa a ser possível quando o aperfeiçoamento da estatística, ciência de estado, aprimora-se em probabilidades e mantém seu sentido tradicional de estar a serviço de governar, de gerir processos, coisas, pessoas. E esse encontro de sentidos, já no século XX, viabiliza a emergência de um campo interdisciplinar: a gestão dos riscos.

Da gestão da vida à gestão dos riscos, Spink (2002) descreve uma transformação nos objetivos de estratégias de governo e aponta para uma trajetória de destradicionalização do conceito de risco, com uma tendência à substituição do imperativo da norma pela *opção*. Chama atenção para a crescente produção de *riscos manufacturados* pela ciência e tecnologia, com uma tendência ao imponderável, que no nível das populações passa a demandar uma mudança para uma ética dialógica no lugar de outra mais prescritivista, para lidar com os riscos. No nível das pessoas provoca a incorporação crescente de mecanismos de autocontrole baseada na adoção de práticas de vigilância constante.

Isto posto, cena da assistência à gestante, interrogamos: quais os sentidos do risco encontrados no campo da saúde e, especialmente, na assistência à gestante, o que produzem sobre os corpos com seus registros de gênero, classe, raça (...)? Como são produzidos? Como se dá @ gestão destes riscos?

O médico sanitário Ricardo Ayres (2002), realiza um estudo histórico-epistemológico sobre a epidemiologia, área do conhecimento em saúde coletiva na qual o conceito de risco desenvolve-se voltado inicialmente ao estudo das populações e argumenta:

O termo risco começa a surgir no jargão epidemiológico ainda em plena fase da epidemiologia da constituição, em torno dos anos 20. À proporção que o conceito de “meio externo”, relacionado a uma perspectiva mais teórica e ontológica acerca das “constituições” desfavoráveis à saúde, vai se rarefazendo conceitualmente, o risco vai se adensando, configurando uma perspectiva mais tecnicista e pragmática de tratar dos mesmos fenômenos (p. 32)

Chegando ao que no pós-segunda guerra chama *epidemiologia do risco*, o autor ressalta uma *rarefação teórica* no plano discursivo desta ciência, que passa a utilizar o conceito de risco de modo mais pragmático, de modo a sugerir vínculos causais para os problemas que toma como objeto de intervenção. Para ele, esta inflexão no modo de utilizar e conceituar risco passa a produzir uma hierarquização de confiabilidade entre as diversas ciências, atribuindo especialmente às ciências biomédicas e seus conhecimentos sobre microbiologia e fisiologia humana, o veredito de verdade.

Assim, a inegável contribuição que os conhecimentos sobre risco trazem para o campo da prevenção e promoção em saúde necessita ser problematizada, na medida em que tem resultado na criação de uma espécie de ‘atmosfera apocalíptica’, resultante de uma multiplicidade de riscos, reais ou imaginários produzindo, entre outros, o que Luis Castiel (2011) chamou *hiperprevenção*, ou seja, uma soma entre:

A prevenção – baseada no princípio de que algo é seguro enquanto não se demonstre perigoso, havendo evidências estatísticas que sustentam a noção de risco – se soma à precaução, com base no princípio de que nada é seguro enquanto não se demonstre ser inofensivo, quando não há tais evidências de falta de risco. Juntemos a proteção a essa díade – as medidas de controle da qualidade e segurança para a saúde em relação ao consumo de água e alimentos, condições de moradia, saneamento. (p. vii-viii)

São os efeitos de uma *hiperprevenção* que alimentam e são alimentados por práticas diversas na assistência às gestantes, sejam elas: na formatação de condutas intervencionistas - e nem sempre necessárias - d@s profissionais de saúde ou de auto-controle e culpabilização das gestantes sobre si; nos investimentos mercadológicos para a detecção de riscos (exames diversos que devem ser feitos cada vez mais com maior frequência) e seu extermínio (com medicações e procedimentos cirúrgicos, por exemplo); ou, na criação de especialismos e especialistas que passam a ocupar lugares privilegiados na definição do que deve ou não ser feito em função de uma análise de riscos.

Assim, tomo de Ayres (ibidem) a importância de ressaltar a diversidade de “ (...) motivações e escolhas que subjazem qualquer discurso racional, mesmo aqueles com alto grau de formalização, como é o caso do discurso do risco (p. 39).

Romeu Gomes et al (2008) realizam um estudo bibliográfico sobre gestação de alto risco e concluem que o termo vem sendo usado com imprecisão nos artigos revisados,

pois não se fala em riscos reais, mas em fatores de risco. Além disso, o autor ressalta a redução da abordagem do risco a fatores fisio-patológicos. Com esta abordagem, imprecisa e reducionista, a linguagem, o saber e a prática médica separam: não mais gestação, mas sim gestação de baixo risco. Ou alto. E assim, está dada a base para a intervenção médica e hospitalar sobre os corpos-grávidos-que-parem ainda que esta base – o risco – seja apenas uma possibilidade, demandando uma determinação orgânica para a sua constatação.

No consagrado filme de Érica de Paula e Eduardo Chauvet (2013) “Renascimento do Parto”, a médica obstetra Melania Amorim, referência técnico-política para o Movimento Pelo Parto Humanizado no Brasil, elenca um conjunto de condições que vêm justificando a realização de cesáreas desnecessárias por parte do discurso médico: “Circular de cordão, bebê grande demais, bebê pequeno demais, grau de placenta avançado, pouco líquido, muito líquido...são indicações que não existem! São entidades que se criaram, entidades fantasmagóricas enquanto indicação de cesariana!”.

Podemos dizer que estes são exemplos de ‘riscos manufacturados’ (Spink, *ibidem*) que, além de produzirem dividendos financeiros para os envolvidos (no consumo de medicações ou em internações, bem como na realização de consultas e procedimentos - exames complementares, anestésias, cirurgias), produzem atos potencialmente iatrogênicos. Exemplos destes podem ser vistos e nem sempre mensurados em indicadores, como são os efeitos de uma classificação do risco na assistência pré-natal fortemente marcado por fatores biologicistas, fragmentários e patologizantes (lembro o relato de uma gestante que passou toda a gravidez sendo sinalizada como de alto risco por ter mais de 40 anos; ela preferia e gostaria mesmo de ser tratada como uma mulher que estava cuidando de sua gestação da melhor forma possível e que por isso estava indo às consultas de pré-natal); até o aumento de efeitos indesejáveis e deletérios para mãe (ex.: complicações cirúrgicas) e bebê (ex.: desconforto respiratório e internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN) quando uma cirurgia cesárea ou outro procedimento é realizado desnecessariamente (MS, 2015a).

Por onde andam os riscos?

De acordo com o Ministério da Saúde (2015b), entre 2005 e 2013, ocorreram no Brasil 25.686.599 partos hospitalares e 274.674 partos domiciliares, o que resulta numa média de 97,8% e 1,0%, respectivamente. Distinguiremos os partos no setor público, no setor privado e parto domiciliar, por identificar aí distintas abordagens do conceito de risco e diferentes trajetórias de usuárias ao longo de suas gestações e partos.

Então, como se dá a trajetória da usuária nos serviços ou na assistência à saúde? Como o conceito de risco vem sendo utilizado aí?

No SUS, o acompanhamento pré-natal, cujo acesso foi expandido nos últimos anos a quase 100% das gestantes no Brasil, tem por objetivo:

(...) assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. (Idem, 2012b, p. 33)

É realizado por uma equipe multidisciplinar, no nível da Atenção Primária em Saúde (APS), onde as consultas são alternadas periodicamente com @ médic@ e @ enfermeir@ da equipe, devendo todas passar por uma consulta odontológica, se houver necessidade.

O modelo de acompanhamento de pré-natal de baixo risco por médicos generalistas deve ser oferecido para as gestantes. O acompanhamento periódico e rotineiro por obstetras durante o pré-natal não traz melhoria aos desfechos perinatais em comparação com o encaminhamento destas pacientes em casos de complicações durante o acompanhamento (Idem, p. 45)

A@s Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais que atuam mais diretamente nas comunidades, cabe, entre outras ações, visitar periodicamente as gestantes e suas famílias e realizar busca ativa das que não comparecerem à UBS. O acesso, neste caso, atua ao mesmo tempo como *opção de cuidado*, já que passa a ser alternativa para quem não tinha acesso a nenhuma oferta de serviços, ou para aquelas que recorriam ao sistema privado de saúde, mas também como *norma e controle das*

desviantes, pois aquelas que não comparecem às consultas devem estar sob maior vigilância.

A cada consulta médica e de enfermagem, o risco deve ser avaliado e estratificado. Os fatores de risco, elencados pelo MS, indicam se a mulher pode permanecer sendo acompanhada no nível da atenção primária, se deve ser encaminhada a um serviço com maior densidade tecnológica⁹ para o pré-natal de alto risco, ou para um serviço especializado, ou ser encaminhada para um serviço hospitalar em caso de urgência ou emergência. Vacinas, exames complementares e medicações básicas são disponibilizadas por farmácias públicas ou conveniadas, não devendo a gestante desembolsar nenhum recurso financeiro extra para o pagamento pelos mesmos.

A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento (Ibidem, p. 57)

O Ministério da Saúde (2010a) no seu manual técnico define gestação de alto risco como “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”. (CALDEYRO-BARCIA, 1973 apud MS, idem, p.11). Segue indicando marcadores ou fatores de risco pré-gestacionais e gestacionais, que vão desde a identificação de características físicas/pessoais (idade, peso, altura) e sócio-culturais (situação conjugal, nível de escolaridade) a patologias graves que demandam intervenção médica imediata (hemorragias). A despeito da indicação de cesáreas, ratifica que gestação de alto risco não define via de parto, portanto não é sinônimo de necessidade de parto cesáreo.

⁹ Aqui, toma-se por referência a discussão do trabalho em saúde feita por Merhy (2002) como um trabalho cujo produto é ‘consumido’ na hora mesma em que é produzido. Para isso, o trabalhador lança mão de tecnologias duras (relativas especialmente aos instrumentos utilizados. Ex.: estetoscópio), leve-duras (relativas aos saberes. Ex.: clínica médica) e leves (relativas ao encontro. Ex.: escuta). Quando falamos em densidade tecnológica referimo-nos à maior concentração de tecnologias duras potencialmente utilizadas em determinados serviços de saúde.

Cada gestante, deve estar vinculada a um hospital-maternidade onde irá parir, tendo o direito de visitá-lo¹⁰ antes do parto. @ médic@ que realiza o pré-natal não é @ mesm@ que realizou o acompanhamento pré-natal.

E no setor privado, como se dá isso?

Aqui, em geral, a marcação de consulta se dá por telefone e não obedece ao princípio da territorialização, nem do trabalho em equipe; assim, a gestante pode escolher @ médic@ que lhe irá acompanhar, bem como o consultório médico onde fará o acompanhamento, sem que necessariamente esteja próximo à sua casa. O pagamento está feito, parcial ou totalmente por uma mensalidade cobrada pelo plano de saúde, devendo este repassar a@s profissionais os valores relativos aos procedimentos realizados. Os exames solicitados devem ser marcados de forma semelhante às consultas e as medicações prescritas podem ser adquiridas em farmácias da rede do SUS, ou conveniadas, ou compradas em farmácias privadas. Vacinas podem ou não ser cobertas pelos planos de saúde, podendo a gestante precisar desembolsar recursos para o pagamento pelas mesmas, ou utilizar os serviços do SUS. A periodicidade de consultas dependerá da avaliação médica, bem como o encaminhamento a outr@s especialistas (ex.: ultrassonografistas, nutricionistas, psicólog@s, fisioterapeutas). Não há serviços especializados para gestantes classificadas como alto risco, pois @s obstetras, como médic@s especialistas, devem ter formação para acompanhar gestantes classificadas como tal. Especificamente quando se planeja parto vaginal, é comum a cobrança de um valor à parte, pago diretamente a@ médic@, conhecido por taxa de disponibilidade. Até o momento, a decisão por realizar cirurgias cesáreas eletivas, bem como outros procedimentos na assistência à gestante e a@ recém-nascid@ não sofre qualquer regulação estatal, a despeito dos riscos envolvidos neste procedimento, mas sim indicações e orientações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Os partos acontecem geralmente em hospitais conveniados aos planos de saúde, estes que funcionam como agenciadores da relação entre médic@s e gestantes. Combinando previamente e pagando por isso, o parto poderá ocorrer como a mulher deseja. @ médic@¹¹ que presta assistência pré-natal, salvo exceções, é quem assiste o parto. Como

¹⁰ A Lei Federal 11.634, de 27/12/2007, dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação a maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS.

¹¹ No Brasil, há uma dependência importante da figura d@ médic@ que, no setor privado é responsável pela assistência à gestação e ao parto; é importante frisar que também aqui NÃO há garantia plena de que no dia e hora do parto, agendado previamente ou não, est@ profissional estará disponível para o parto. Esta

apontamos antes, em 2015 o Ministério da Saúde em conjunto com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publica uma regulamentação que subsidia a adoção de mecanismos regulatórios sobre as práticas de assistência às gestantes do setor privado a serem postos em prática a partir de julho de 2015; a aplicação de tal regulamentação dependerá, em grande medida, da organização d@s consumidores, no caso, usuári@s deste subsistema de atenção à saúde. O risco, aqui, dependerá da avaliação d@ profissional médic@, com base em sua avaliação, seu entendimento de risco, sua habilidade para manejar situações diversas, portanto sua experiência obstétrica.

No caso do parto domiciliar, podemos identificar pelo menos duas modalidades de assistência ao parto. Na primeira a assistência é feita pelas chamadas parteiras tradicionais¹². São mulheres que se formam principalmente na tradição de suas famílias e comunidades, cujas condições sócio-econômicas costumam ser precárias, com sérios problemas decorrentes das graves desigualdades sociais em nosso país. Há registros de formação de parteiras fora do ambiente acadêmico e da tradição de suas comunidades, oferecido por parteiras tradicionais a mulheres que pretendem aprender este tipo de prática e saberes ditos tradicionais (informação verbal)¹³. Em ambas, preza-se fortemente pela dimensão da espiritualidade, muitas vezes associando-se suas práticas ao sacerdócio. O sub-registro destes partos associa-se à desarticulação com as práticas de saúde locais. No ano de 2000, o Ministério da Saúde (2010b) criou um programa específico com o objetivo de *“resgatar e valorizar os saberes tradicionais, articulando-os aos científicos, considerando a riqueza cultural e da biodiversidade como elementos importantes para a produção de saúde, de novos conhecimentos e de tecnologias”* (p.11). Por fim, o conceito de risco que aqui aparece está condicionado à avaliação da parteira e não coincide com os sentidos utilizados nos partos hospitalares e mesmo nos domiciliares planejados, marcados pelo saber científico.

dependência que estou aqui nomeando produz-se em processos históricos, políticos e mercadológicos presentes na organização da assistência ao parto e da prática médica.

¹² Diferenciam-se d@s parteir@s enfermeir@s obstétric@s, d@s obstetrizes e das médic@s obstetras; @s primeir@s são enfermeir@s com especialização em obstetrícia, as segundas recebem tal título por um curso de graduação no 3º grau e @s últim@s são médic@s com residência médica ou especialização em gineco-obstetrícia.

¹³ Exemplos: grupo Cais do Parto, no nordeste brasileiro, grupos ligados ao movimento popular de saúde (MOPS).

No segundo, conhecido como parto domiciliar planejado, o pagamento é realizado diretamente a quem presta o serviço, como mostram Joyce Koettker, Odaléa Brüggemann, Rozany Mucha Dufl (2013). Caso a mulher escolha este tipo de parto contando com suporte de equipe de saúde, deverá contactar equipes especializadas, das quais participam médic@s, enfermeir@s e doulas, disseminadas por alguns estados do país, em cujos discursos e práticas, os estudos baseados em evidências têm especial importância. Isto é tomado como fundamentação que legitima o parto domiciliar, indo contra discursos e ações de organizações médicas que publicamente o condenam. Chama atenção entre profissionais e mulheres que optam e conseguem pagar por este tipo de parto, um forte apelo ao protagonismo da mulher no parto e uma associação frequente a movimentos pela humanização do parto; aqui o risco e segurança são fatores que definem quem tem condições de realizar este tipo de parto.

Apesar de não pretendermos aprofundar esta discussão por hora, partos domiciliares continuam ocorrendo e sendo estimulados, seja por falta de opção (difícil acesso aos hospitais) ou por opção deliberada de mulheres que preferem parir em casa com a assistência de outr@s profissionais de saúde habilitados para tal, ou que não querem submeter-se às práticas médico-hospitalares. Estudos mostram que em mulheres com gestação sem complicações, no parto domiciliar – quando comparado ao hospitalar, não há diferenças significativas na incidência de complicações, bem como de óbito materno-infantil - quando assistidos por pessoas treinadas. No entanto, a satisfação das mulheres com o parto domiciliar, mostra-se maior, como aponta Melania Amorim (2014).

CAPÍTULO 2. Aprendizados com as cesáreas eletivas

Na verdade, nada é mais material, nada é mais físico, mais corporal que o exercício do poder (FOUCAULT, 2007, p. 147)

Neste capítulo, exploraremos as cesáreas eletivas como um modelo de parto na atualidade que se viabiliza a partir certos conceitos de corpo, risco e gestão dos riscos. Exploraremos alguns de seus desdobramentos, bem como correlações com a violência obstétrica.

Ao ressaltar a materialidade do poder Foucault (idem) localiza, a partir do século XVII, período de organização do capitalismo industrial, a atuação de um conjunto de agentes da política que passa a desempenhar um importante investimento sobre os corpos sadios, em grande medida em nome da medicina: os exercícios, alimentos, a moradia, a sexualidade (...). Essa abordagem do poder não o localiza exata e exclusivamente nos agentes do Estado (como se poderia supor de um macro poder estatal), nem mesmo sob sua coordenação, mas num complexo enredamento de disciplinas (escolares, hospitalares, familiares, militares, etc.) que passaram a produzir corpos treinados para obedecer, como necessidade das sociedades capitalistas. Seu exercício se dá, então, a partir de mecanismos micro-políticos de controle e disciplinarização produzindo o que Foucault (2012) chama *docilização dos corpos*. Esta se constitui como ferramenta de uma nova “anatomia política” no século XVIII por identificar no corpo objeto e alvo de poder, sob o qual se exerce um emaranhado contínuo de forças sociais por meio de mecanismos disciplinares que lhe impõem uma relação direta de docilidade-utilidade. Assim, uma “mecânica do poder” viabiliza-se com o domínio sobre o corpo dos outros, exigindo deste não simplesmente que faça o que se quer, mas que opere como se quer, com a rapidez e a eficácia que se determina. “O tempo penetra o corpo, e com ele todos os controles minuciosos do poder” (Ibidem, p.146) buscando organizar durações progressivamente rentáveis.

Se a exploração econômica separa a força e o produto do trabalho, digamos que a coerção disciplinar estabelece no corpo o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada (Ibidem, p. 134).

Assim, quanto mais *dócil*, mais moldado e obediente a mecanismos disciplinares, portanto mais eficiente o corpo.

Roberto Machado et al (1978) estudando o nascimento da Medicina Social no Brasil mostra como a partir do século XIX o processo de medicalização da sociedade conta com o aval científico do saber e da prática médicas, sendo este parte indissociável da produção de um novo tipo de indivíduo e de população necessários à sociedade capitalista; isso garantiu as condições para o exercício de poder do Estado que, via fortalecimento da Medicina Social, passa a produzir normas para a produção de uma ‘sociedade saudável’. Esta associação entre corpos dóceis e sociedade saudável vai assumindo e produzindo, por sua vez, diversas conformações no campo da saúde.

Trazendo para a assistência às gestantes, Elizabete Vieira (2002), toma Maria Cecília Donangelo, para pinçar relações ente entre a medicalização da sociedade e a prática médica, dois acontecimentos do final do século XIX que revelam a extensão de normatividades médicas sobre o corpo da mulher: a consolidação de uma especialidade médica voltada para o que se chama ‘sofrimento feminino’, a saber, a ginecologia-obstetrícia - marcada pela higiene como área de conhecimento- e a ampliação dos cuidados médicos individuais como forma de consumo, portanto, como produto de consumo, resultando no que chamaremos aqui mercantilização da gestação e parto. Ambos foram gerados pela redefinição da prática médica num novo contexto capitalista, cuja necessidade de regulação dos nascimentos e controle das populações configurou-se como estratégia de poder, ou, mais especificamente, de biopoder sobre os corpos das mulheres.

Ainda sobre a consolidação da ginecologia-obstetrícia, Vieira (ibidem) aponta que esta se viabilizou a partir de valores associados à sexualidade da mulher, como parte do estabelecimento da ideia de uma ‘natureza feminina’, potencialmente incontrolável e por isso especialmente passível e sujeita a normatizações e disciplinas para correção e controle.

É válido ressaltar que historicamente o domínio do saber médico no campo da ginecologia-obstetrícia se deu de forma conflituosa. Inicialmente exercida por homens, os médicos cirurgiões, esta especialidade despertava uma certa desconfiança técnica por parte de outras áreas da medicina, pois a assistência às gestantes era realizada tradicionalmente por mulheres, as parteiras leigas, conferindo a este ofício um status de

pouca importância. Apesar disso, intensificou-se a querela desencadeada pela então recente preocupação da medicina com o objetivo de se legitimar na assistência às mulheres, ancorando-se fortemente na intervenção (cirúrgica) sobre os corpos grávidos, bem como numa associação constitutiva com o capitalismo vigente. E foi assim que a prática milenar das parteiras, mulheres leigas que dominavam o saber e as práticas de assistência à gestante, passa a aparecer gradativamente como suspeita, tendo em vista que não gozava do prestígio científico conferido à medicina. Estas práticas, das parteiras e dos obstetras, conviveram e disputaram por séculos o domínio da parteria até que as parteiras passassem a ser tidas como sujas e ignorantes, uma espécie de bruxas a serem incineradas nas fogueiras da modernidade.

Cena 1: *Parto-seguro*

Natália era uma mulher jovem, profissional e financeiramente estável, tida como *bem-sucedida na vida*, maquiada, depilada e de unhas feitas. Singelamente sorri com uma toquinha na cabeça, enquanto permanece deitada para esperar. Marido e doula ao seu lado, confortando-a. Fotógrafos a postos, apenas um vitral lhe separa do mundo lá fora (do Centro Obstétrico), onde a família aguarda. Sua gestação transcorrerá bem até agora, na 38ª semana, no dia para o qual o parto foi marcado. Hora marcada, sem estresse, sem dor, sem odor. Quase sem riscos. Ainda assim, todos estão de máscaras. Luz baixa, música suave e uma ansiedade saudável e confiante de que está tudo sob controle. O volume das vozes, progressivamente, vai diminuindo e o que se passa a ouvir, além de algumas respirações, são os aparelhos: bip!bip!bip!... é então que, solene e abruptamente, ouve-se um grito. Um novíssimo ser humano chora: aí está o *milagre da natalidade*. Abrem-se as cortinas que cobriam o vitral e agora sim: todos podem ver e festejar a chegada. A pediatra recebe a bebê e mostra à mãe, clic para fotografia e então os primeiros cuidados são feitos ali mesmo no quarto, na presença de todos. Depois disso, a enfermeira assume seu papel, limpa a menininha e faz o clássico charutinho com panos que exibem a marca da instituição. Agora sim é feito o contato pele-a-pele entre a mãe e a recém-

nascida que mama na primeira hora de vida, como bem indicam os protocolos daquela instituição hospitalar¹⁴.

Com esta cena de parto, que vivenciei como doula, prototípica de séries televisivas de canais restritos, o que podemos aprender? Sob que perspectivas o parto cirúrgico eletivo pode ser tomado como seguro diante de uma gestação que transcorre bem, sem complicações?

Façamos um exercício: de quais riscos estaria se precavendo esta mulher jovem e “bem sucedida”?

- + De não ter o *seu* médico, que fez *seu* pré-natal, ‘fazendo’ *seu*¹⁵ parto?
- + De não ter vaga no hospital para parir?
- + De não ter uma UTI, caso ela mesma ou a bebê necessitem?
- + De passar pela terrível dor do parto?
- + De ter de suar, cheirar mal, defecar, gritar, espernear... enfim, perder o controle diante da dor na espera pelo parto?
- + De ter seu períneo alargado e, após o parto, não conseguir mais dar prazer ao seu marido?
- + De ter sua privacidade desrespeitada?
- + De sofrer qualquer tipo de destrato ou comentários maldosos de profissionais de saúde?
- + De, vivendo, morrer ou ver a filha morrer?
- + ...

Não são poucos, realmente, os riscos envolvidos na empreitada de gestar-parir-maternar-viver, especialmente considerando os modos como são manufaturados pela ciência e tecnologia, apoiados por complexos mecanismos de biopoder, como falamos

¹⁴ De acordo com o MS (2015a), o contato mãe-bebê, também conhecido como pele-a-pele deve ser feito imediatamente após o parto, devendo os primeiros cuidados serem realizados sobre o corpo da mãe, mesmo numa cesárea. Exceção deve ser feita para situações nas quais mãe ou bebê não se encontram em boas condições de saúde, quando devem receber tratamento médico específico. Outra condição que deve ser considerada é o desejo da mãe de realizar ou não tal contato. Apesar desta recomendação internacional, ainda é muito comum que após o parto o contato pele-a-pele não seja realizado como rotina hospitalar, seja em hospitais públicos ou privados.

¹⁵ As aspas são para ressaltar que se tomamos o parto como uma ação biologicamente realizada pela mulher, somente os partos cesáreos são ‘feitos’ pel@s profissionais de saúde. Os outros são feitos pelas mulheres, com ou sem o apoio de outr@s.

antes. Diria Denise Sant'Anna (2001), não dar conta de si mesmo, em sociedades nas quais o “si mesmo” se tornou um *negócio* de total responsabilidade de cada um, torna-se um novo fantasma (p. 25).

Em tal *negócio*, observa-se especialmente no cuidado à gestante, uma frequente associação entre equipe médica hospitalar e os mecanismos de minoração dos riscos: a essa equipe é atribuída a função de coordenação da gestão do risco no parto. É ela quem identifica e valida os riscos, por meio de saberes, práticas diagnósticas e terapêuticas; assim, o saber médico-científico, com seu aparato técnico, aparece como a garantia de um parto seguro. Para isso tem a seu favor uma certa ‘legitimidade científica’ de identificação e prevenção dos riscos, bem como sua ‘legitimidade social’ para a intervenção bem-sucedida sobre os problemas de saúde quando os riscos se transformam em problemas de saúde reais.

Problematizar tais ‘legitimidades’ implica considerar pelo menos três questões relativas à gestão do risco:

Primeiro, quando uma mulher está gestante e procura os serviços de saúde, é preciso entender que ela busca mais do que simplesmente prevenir riscos. Para Luiz Cecílio Oliveira (2001) seria possível sistematizar uma taxonomia de necessidades trazidas pelo usuário dos sistemas de saúde quando este busca um serviço (seja um hospital, uma maternidade, uma unidade básica de saúde, um consultório privado): melhorar as condições de vida, ter acesso a tecnologias que possam melhorar e prolongar a sua vida, criar vínculos afetivos e efetivos com uma equipe e/ou um profissional e ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida.

Segundo, os fatores de risco para este ou aquele problema de saúde atualizam-se constantemente por meio de pesquisas científicas e novas demandas de saúde, o que confere aos riscos um caráter mutável.

Por último, é preciso considerar que o conceito de risco configura-se como o produto de práticas discursivas que não se baseiam no bem-estar da mãe-bebê isoladamente, mas também na produção de lucro, na reprodução de mecanismos de (não) distribuição de poder/saber, no modo de organizar a assistência à saúde, seja em serviços públicos ou privados, num certo modo de correr riscos, num entendimento de corpo, de mulher, de maternidade, de sexualidade, de gênero... e até mesmo no entendimentos de parto humanizado e violência obstétrica.

Vale ressaltar que as possibilidades de cesárea eletiva pelo SUS hoje estão condicionadas à presença de patologia que justifique os riscos envolvidos numa cirurgia como a cesárea. Então, para mulheres que realizarem o acompanhamento pré-natal no setor privado, arcando com gastos aí envolvidos (desde exames complementares, consultas e medicamentos ou mesmo o enxoval para a chegada de um@ nov@ recém-nascid@ na família), pagar para parir cesárea eletiva implica arcar com diversos custos médico-hospitalares, considerando os itens de segurança que o procedimento demanda: desde a garantia/disponibilidade d@ médic@ que realizou a assistência pré-natal, a presença de um@ médic@ cirurgião auxiliar, de um@ médic@ pediatra¹⁶, de um@ médic@ anestesista, disponibilidade de retaguarda em leitos de terapia intensiva para mãe e bebê, medicamentos, equipamentos em boas condições de uso, equipe de enfermagem completa e bem treinada nos procedimentos-padrão...uma aparato caro. Um preço elevado para a grande maioria das mulheres que parem em nosso país. Assim, a cesárea eletiva está acessível não só para quem opta por ele por vontade, precaução e/ou coação, mas, essencialmente, para quem pode pagar. Seja como for, como mostra a história de Olívia, uma mulher de quem acompanhei a gestação como médica e professora responsável pela formação de estudantes de medicina numa UBS; para conseguir uma cesárea eletiva, ela usou recursos bem particulares...

Cena 2: Pronto! Pariu cesárea eletiva!

Olívia era uma mulher de mais de 35 anos. Tabagista, boleira, chegou à primeira consulta e ficou impaciente com a demora pelo atendimento. Quando nos encontramos, desculpei-me pela longa espera e expliquei-lhe das características do nosso ambulatório que, por ter estudantes, teria de dar assistência também a eles, mas no retorno seria mais rápido, com certeza. Ela não aparentou ter ficado satisfeita, mas seguimos.

Fiquei bem contente quando a vi numa consulta de retorno pois, realmente, não esperava que ela voltasse. Fui conhecendo aquela mulher, cuja história obstétrica trazia

¹⁶ Recentemente, em consulta pública e com base em estudos de evidência, o MS (2015a) recomendou que haja profissionais treinados em reanimação neonatal, não necessariamente pediatras. Entidades corporativas reclamaram pedindo mudança no texto, apontando para a reabertura do debate sobre tal polêmica na qual questões organizacionais e econômicas, estão em jogo, seja no tocante à restrição de gastos públicos ou ao pagamento de honorários médicos.

dois partos cesáreos anteriores, sendo o último há mais de 05 anos. Desejava realizar uma ligadura tubária¹⁷. Não queria mais filhos, estava certa disso. Certa estava também, por informação d@s médic@s de que, em suas palavras: ‘não consigo parir normal: tem de ser cesárea!’

Mas, qual a garantia de que conseguiria fazer isso? Pelo SUS, nenhuma garantia de que, mesmo tendo um terceiro parto cesáreo ela poderia ‘ligar’... E eu, ativista pelo parto humanizado, ciente das pesquisas recentes que apontavam para a quebra do tabu de um parto normal após cesárea, além de não conhecer os motivos que a levaram a duas cesáreas, sabia que muit@s obstetras não esperariam um parto normal para esta mulher. Em outras palavras, provavelmente ela passaria por dois procedimentos cirúrgicos: um para parir e outro para fazer a ligadura, se continuasse decidida a usar este método definitivo de contracepção...

Bem, investi em conversar sobre as alternativas de prevenção de gravidez, contando-lhe que muitas mulheres se arrependeram de ‘ligar’ no parto e as normas no SUS tinham a ver com isso, bem como com o histórico de práticas abusivas de esterilização (...). Mas nada parecia ser convincente para fazê-la mudar de ideia. Pelo contrário, ela foi-me convencendo que, no seu caso, fazer a ligadura seria uma opção muito boa para conduzir sua história reprodutiva, tendo em vista que NÃO queria mais ter filhos, tinha um relacionamento estável, mais de 25 anos, como prevê a lei, além de grandes chances de uma terceira cesárea. A legislação vigente no país proíbe a ligadura intra-parto, exceto em condições especiais, mas não havia garantia de que no SUS @ médic@ plantonista concordaria em realizar o procedimento em Olívia, considerando sua especificidade.

A única garantia de que conseguiria seu intento seria no setor privado, se tivesse um plano de saúde, ou pagando pelo procedimento, ou seja, se juntasse cerca de R\$3.000,00 para conseguir parir cesárea e fazer a ligadura...seriam mais de três meses sem um salário mínimo...

Bem, no terceiro trimestre da gestação, já tínhamos uma relação de mais intimidade e informalidade e qual não foi minha surpresa, quando ela retorna à consulta angustiada:

¹⁷ Cirurgia de esterilização feminina classificada como definitivo; comumente conhecido por ‘ligar as trompas’, ou simplesmente ‘ligar’.

- Doutora, eu quero sua opinião. Veja, falei com o médico e ele quer marcar meu parto pra ligar. Mas, veja doutora, ele quer marcar pra antes da hora, por que depois ele não vai poder e eu quero saber SUA opinião: o que a senhora acha? Eu não quero que minha filha venha antes da hora...

- Sei...entendo você perfeitamente...mas, me conta, como conseguiu isto? Em qual maternidade vai fazer esta cesárea? Achei estranhíssimo, pois achava que conhecia suficientemente o funcionamento da rede de maternidades públicas em Sergipe. E fiquei curiosa.

- Ah, doutora, consegui com um@ deputad@, sabe como é que funciona isso. El@ me prometeu na campanha e depois fui lá cobrar. Fui mesmo! Já passei num@ médic@ obstetra na maternidade de Itabaroá (maternidade filantrópica de cidade vizinha que atende pelo SUS).

- Entendo...olha, Olívia, acho que você deve ir a@ deputad@ e dizer a ele que a médica que está acompanhando seu pré-natal no SUS conversou contigo e disse-lhe que hoje no Brasil, muitas crianças que nascem com parto agendado antes do tempo acabam parando na UTI por serem prematuras e que você não quer que isto aconteça contigo e com sua filha. Por isso, quer remarcar a cirurgia para uma data mais distante.

- Isso mesmo, doutora! É isso que vou fazer. Não quero que minha filha nasça com problema! Deus me livre!

Criar mecanismos de contenção de altas taxas de cesárea no país parece-nos fundamental, entretanto o que a história de Olívia nos mostra é muito mais que isso: mostra-nos um enrijecimento dos serviços de saúde no setor público para dar suporte às mulheres que não querem passar por um parto vaginal. Sejam quais forem os motivos, é preciso não só proibir, mas apoiar estas mulheres, oferecer mecanismos de suporte, com serviços de saúde que se comuniquem entre si, o que infelizmente ainda é algo muito incipiente no SUS.

Destaco alguns desdobramentos desta ausência de ofertas no SUS, como um terreno fértil para violências obstétricas na medida em que passar a contragosto por uma experiência de parto vaginal (ou cesáreo) pode representar “perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres” (Projeto de Lei 7633,

2014). Considerando-se um conceito ampliado de saúde para além da ausência de doenças, a singularização das gestações e partos persiste como um desafio no SUS, inclusive para oferecer um procedimento como a cesárea eletiva; na atualidade esta ausência contribui para a produção e reprodução silenciosas da exclusão social, já que as cesáreas eletivas, em certas situações, permanecem como algo inacessível a quem não pode pagar.

Um outro desdobramento, consiste na perpetuação de ‘um jeitinho brasileiro’ de dobrar as regras quando elas não nos servem. Como fez Olívia. Lançando mão dos recursos disponíveis, dobrou a lei diante da iminência da perda de seu lugar de protagonismo na decisão sobre seu parto, seu corpo, sua vida e de sua filha: procurou um@ deputad@, afinal, é quem elabora e aprova as leis!

Destacamos ainda, depoimentos de mulheres atendidas no setor privado de saúde sobre o modo como se sentiram ludibriadas pelo imperativo dito ou não-dito d@s médic@s que lhe acompanhavam no pré-natal (Chauvet, 2013) e, diante de um risco identificado, encontraram a justificativa pela cesárea eletiva¹⁸, um *parto-seguro*. Nos depoimentos, esta conduta ocorre, não raro, no final da gestação, quando boa parte das mulheres costuma apresentar alterações de sono, posturais, aumento da ansiedade com o momento do parto, sobrecarga de peso, limitação de movimento (...). Observamos aí uma espécie de *desapropriação* do corpo feminino grávido, cuja segurança será garantida pelos saberes e práticas médico-hospitalares como recurso importante de sucesso na empreitada de parir. Este se mostra como um modo particular de correr riscos na hora da decisão por uma cesárea eletiva, especialmente no setor privado de saúde, onde se veicula a ideia de que o parto será seguro se a mulher estiver num bom hospital e com @ médic@ que lhe acompanhou no pré-natal.

Lembro-me da opinião de um meu familiar sobre como sua mulher lidaria com o parto d@ primeir@ filh@: “ela não vai aguentar parir normal, não! Ela é mole! Vamos marcar a cesárea mesmo!”

Junto à ausência de ofertas no setor público, a mercantilização da cesárea eletiva está intimamente relacionada à ideia deste como um ‘bom parto’, um procedimento médico-hospitalar para o qual cabe às mulheres entregar ‘normal e naturalmente’ seus

¹⁸ Sobre isso, vale ressaltar a recomendação do MS (2010a) sobre a gestação de alto risco, cuja definição por si não implica a via de parto, se vaginal ou abdominal (cirúrgica).

corpos, como máquinas de parir. Tal modelo forja-se sobre uma ideia de *parto-seguro*, cujo conceito de segurança irá depender de três condições, pelo menos:

- a ideia de uma incompetência da mulher para parir;
- o conceito de risco assumido, em geral observando-se um uso fragmentário, biologicista e patologizante;
- a capacidade de pagamento pelo produto ‘assistência ao parto’, em geral circunscrito à oferta de procedimentos médico-hospitalares, deixando de lado o protagonismo da mulher, seu direito a informações sobre os motivos das condutas médico-hospitalares e decisão sobre estas, o reconhecimento de suas singularidades e a busca de ampliação de sua autonomia, mesmo (e por que não?) numa cesárea eletiva.

Os indivíduos, tornados pacientes no hospital e passageiros no aeroporto passam por uma espécie de transporte que inclui uma entrega de suas vidas: entregam seus corpos e seus pertences pessoais a profissionais desconhecidos e a equipamentos tecnológicos cuja compreensão lhes escapa (Sant’Anna, 2001, p.34)

Consideramos que é preciso problematizar esta *normalização*, a qual se configura como uma faceta de modos de subjetivação que corroboram e fortalecem a atenção privada, de orientação lucrativa, como o lugar da boa prática, d@ bo@ médic@, da boa gestante, da boa pessoa. Do parto “seguro”. Da prática que não merece críticas. Do padrão-ouro estável que, como vimos, além de pouco acessível, não está livre da cultura autoritária e biologicista de organização da prática médico-hospitalar, nem de concepções fragmentadas e patologizantes sobre as mulheres, seus corpos, sexualidades, raça/cor, classe social (...). São fatores que lhe perpassam, exemplificando alguns elementos que tornam possível a violência obstétrica nos serviços de saúde privados, sejam hospitalares (durante o trabalho de parto e parto) ou ambulatoriais (durante a gestação).

Assim se perpetuam no setor privado condições para a ocorrência de violências obstétricas como:

- restrição do direito ao acompanhante no parto, seja pela proibição ou pela cobrança indevida de taxa de acompanhante¹⁹;

¹⁹ De acordo com a lei nº 11.108/2005, desde 2005 toda gestante tem direito de ter um acompanhante de sua escolha durante todo o trabalho de parto e parto. Apesar disso, muitas maternidades privadas cobram uma taxa extra, sob a justificativa de não fazerem parte do SUS. Ressalte-se que a lei não estabelece que o direito será restrito às gestantes que parirem do setor público.

- a adoção de protocolos hospitalares que não se baseiam nas necessidades integrais das gestantes, levando à realização de procedimentos desnecessários, a exemplo da existência de berçários onde ficam @s bebês logo após o parto, afastando-@s de suas mães sem motivos clínicos justificáveis²⁰;
- a ausência de registros médicos sobre o trabalho de parto, sob a justificativa da autonomia médica;
- a serialização dos partos levando ao descontrole das taxas de cesáreas, tidas como epidêmicas²¹;

Consideramos que é preciso problematizar a epidemia de cesáreas no Brasil, especialmente às custas dos partos realizados no setor privado de saúde, sem desconsiderar sua íntima relação com o setor público; buscar identificar práticas que viabilizam e se constituem como violência obstétrica, sendo necessário para isso, considerar especialmente os relatos de mulheres que se sentem tendo sido enganadas e conduzidas a procedimentos invasivos sem consentimento prévio, como nos partos *desnecesários* (como vêm sendo chamadas as cesáreas realizadas por conveniência médica, eminentemente); é preciso ainda, identificar práticas discursivas que enrijecem a relação entre a escolha do tipo de parto e o jeito certo ou errado de fazer-se mãe, de parir e de fazer-se mulher.

Então, encerramos este capítulo com algumas questões: como as mulheres-gestantes participam da decisão do/no seu parto, de modo a escolher que riscos pretendem correr, ou não, na gestão da sua vida? Esta possibilidade lhe é ofertada? É uma prerrogativa médica ancorada exclusivamente em seu saber, experiência e conveniência? Uma condição dada pelas restrições do setor público? Ou é uma condição dada às que podem pagar? É um mandato cultural ancorado num certo entendimento de mulher-corpo-sexualidade-gênero e parto?

²⁰ O Estatuto da Criança e Adolescente, bem como a portaria nº1.016/1993, do Ministério da Saúde estabelecem que todo bebê tem direito de permanecer em alojamento conjunto com a mãe, nos hospitais-maternidades. Portanto, na ausência de condições médicas que justifiquem tal separação, desde que @ bebê nasce, deve permanecer junto à mãe.

²¹ Consideramos que alguns mecanismos de intervenção/controle desta epidemia vêm sendo assumidos pelo Estado com as recentes regulamentações do setor privado (ANS, 2015); além disso, merece destaque a atuação de grupos organizados no intuito de dar visibilidade à necessidade da humanização do parto, bem como intervir sobre o problema da violência obstétrica.

CAPÍTULO 3: O parto humanizado: diferenças e divergências que (in)visibilizam a violência obstétrica

Neste capítulo, iremos percorrer alguns sentidos de humanização no/do parto, na perspectiva do Movimento pela Humanização do Parto (MPH), bem como das políticas públicas de saúde, para daí percorrer algumas experiências de *'parto humanizado'*, expondo um campo polissêmico, atravessado por convergências e divergências de conceitos e práticas.

Para a antropóloga norte-americana, Davis Floyd (2001), há três grandes paradigmas vigentes na assistência ao parto: o Tecnomédico ou Biomédico, o Humanista e o Holístico. A partir daí, sugere que a melhor prática obstétrica pode-se valer dos três, apesar de argumentar que o modelo hegemônico nas sociedades capitalistas, o biomédico, caracteriza-se pela intolerância para com os demais. Suas principais características são:

1. Separação corpo-mente.
2. O corpo como máquina.
3. A paciente como objeto.
4. Alienação d@ médic@ em relação à paciente.
5. Diagnóstico e tratamento de fora para dentro (curando a doença, reparando uma disfunção).
6. Organização hierárquica e padronização de cuidados.
7. Autoridade e responsabilidade inerente a@ médic@ e não à paciente.
8. Supervalorização da ciência e tecnologia dura.
9. *Intervenções* agressivas com ênfase em resultados de curto prazo.
10. A morte como derrota.
11. Um sistema dirigido pelo lucro.
12. Intolerância a outras modalidades.

No que se refere à assistência ao parto, Carmen Diniz (2005) aponta que várias críticas passaram a ser feitas a este modelo, as quais se acentuaram e criaram as bases para um movimento que criticava práticas naturalizadas e adotadas com base preferencialmente nas experiências de cada profissional, sem necessariamente bases científicas que as respaldassem como benéficas às gestantes. Este movimento se deu especialmente na Europa na década de 70, propondo a adoção de *'evidências científicas'*

como critério para se pautar as práticas de assistência ao parto: a Medicina Baseada em Evidências (MBE). Dessa forma, criaram-se grupos internacionais e interdisciplinares voltados para o estudo das intervenções na assistência ao parto, bem como seus impactos sobre a morbi-mortalidade materna e perinatal.

Para Fernando Reis (2008),

A prática médica baseada em evidências consiste em combinar a perícia e experiência do examinador com as provas científicas (evidências) oriundas de pesquisa externa, ou seja, realizada em outros indivíduos, mas passível de ser extrapolada para o paciente em questão (p. 471)

Nesta conceituação, entretanto, é preciso problematizar alguns pontos, inclusive considerando a expansão do uso da MBE para além da assistência às gestantes. Para Rita Barata (2002), é restritiva a concepção de ciência num certo entendimento de MBE, quando tomada epistemologicamente em referência a objetos delimitados a materiais permanentes e não-contraditórios; além disso, a crença de que a adoção de evidências científicas conseguiria conferir à medicina uma neutralidade pela retirada dos vieses das subjetividades, está atrelada, para a autora, a um ‘realismo ingênuo’ que em pouco se aplica aos desafios postos pela complexidade do objeto saúde-doença; por fim, aponta como problemática a associação entre a prática da MBE e um tipo de organização do trabalho médico facilmente ‘domesticável’ a controles administrativos, sob a justificativa de uma pretensa neutralidade científica.

Considerando a relevância de tais problematizações, entretanto, vale ressaltar o que este movimento em torno da incorporação da MBE no campo da assistência às gestantes, possibilitou para operar uma redescritção da assistência ao parto:

O corpo feminino, antes necessariamente carente de resgate, é redescrito como apto a dar à luz, na grande maioria das vezes, sem necessidade de quaisquer intervenções ou sequelas previsíveis. O nascimento, antes um perigo para o bebê, é redescrito como processo fisiológico necessário à transição (respiratória, endócrina, imunológica) para a vida extra-uterina. O parto, antes por definição um evento médico-cirúrgico de risco, deveria ser tratado com o devido respeito como “experiência altamente pessoal, sexual e familiar” (WHO, 1986). Os familiares são convidados à cena do parto, especialmente os pais, antes relegados ao papel passivo de espectadores. De evento medonho, o parto passa a inspirar uma nova estética, na qual estão permitidos os

elementos antes tidos como indesejáveis – as dores, os genitais, os gemidos, a sexualidade, as emoções intensas, as secreções, a imprevisibilidade, as marcas pessoais, o contato corporal, os abraços” (DINIZ, *ibidem*, p.630).

Diniz argumenta ainda que o Movimento pela Humanização do Parto (MHP), que se organiza no Brasil da década de 80, utiliza-se da polissemia do termo ‘humanização’, como termo *estratégico e diplomático* legitimado pela MBE como termo que atende à necessidade de adoção de um termo menos acusatório para dialogar com os profissionais de saúde. Esse movimento articula a polissemia do termo ‘humanização’, bem como de práticas discursivas ligadas ao mesmo, pelo incentivo à participação ativa da mulher durante o parto.

Para a antropóloga Carmen Tornquist (2002), o MHP reúne feministas, pesquisador@s, profissionais de saúde, gestor@s de saúde e usuári@s e tem como base:

(...) incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais, e também à inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente. Recomenda também a modificação de rotinas hospitalares consideradas como *desnecessárias*, geradoras de risco e excessivamente intervencionistas no que tange ao parto (...) (p. 483)

Tornquist se debruça sobre o ideário do MHP que em muito coincide com o documento Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), cujo conteúdo consiste em um conjunto de estudos de evidências (médico-científicas, diga-se de passagem) para a assistência ao parto. Adverte aí sobre uma abordagem que tende a tratar o parto como fenômeno natural, fortalecendo uma dissociação natureza/cultura com desdobramentos potencialmente normalizadores e pouco potentes para questionar, entre outros, a formação marcadamente biomédica d@s profissionais de saúde e, acrescento, d@s própri@s ativistas do MPH.

Esta problematização ao MHP parece-me necessária não só para manter vivo este debate, mas também para identificarmos na assistência ao parto, os muitos desafios inscritos na tomada do parto como *experiência altamente pessoal, sexual e familiar*, como visto pela OMS. É preciso tomá-lo também como uma experiência histórica, social e cultural sobre a qual, por exemplo, a implantação de boas práticas obstétricas,

isoladamente, terá pouco impacto mudancista. Aqui estão implicados modelos de assistência muito bem consolidados e legitimados social e culturalmente, estruturas econômicas, papel e intervenção (ou não) do Estado, sua relação com o mercado, a construção de verdades e poderes em nossa sociedade seja na produção do cuidado, no papel da mulher, no entendimento de gênero, saúde e sexualidade, enfim...transbordam a adoção de procedimentos, conforme proposto pela MBE, sem contudo abrir mão dos efeitos daí advindos, cuja contribuição para o MHP apontamos acima.

Segundo Rattner (2009a), no início da década de 90, especialmente pela atuação de ativistas do Movimento de Humanização do Parto e Nascimento, o modelo brasileiro de Atenção ao Nascimento e Parto passou a ter visibilidade pelas suas marcas de excesso de intervenções e desrespeito aos direitos da mulher. Assim, registra algumas iniciativas pioneiras desenvolvidas até então e uma incipiente atuação do Ministério da Saúde (MS), como proponente de ações voltadas à mudança de tal modelo. É somente a partir de 2000 que o MS lança o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN, bem como elabora e realiza uma série de outras medidas relacionadas, tais como: a criação dos Centros de Parto Normal; a regulamentação e o estímulo à atuação de enfermeiras obstétricas e das parteiras tradicionais em parceria com associações corporativas e organizações sociais; publicações, recomendações e normas técnicas de assistência ao parto *normal*²²; seminários por todo o país; prêmios de reconhecimento por iniciativas exitosas; campanhas nacionais; elaboração do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em 2003; início da regulação no setor privado com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), resultando numa Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº36/2008, que estabelece, entre outros, critérios de ambiência para as salas de parto.

²² Costuma-se chamar o parto de *natural* quando ele ocorre por via vaginal e sem intervenções médico-hospitalares, dentre as quais: enema ou lavagem intestinal, tricotomia ou raspagem dos pelos pubianos, manutenção de acesso venoso para uso eventual de medicação, uso venoso do hormônio sintético ocitocina como rotina durante o trabalho de parto para acelerar as contrações, manobra de Kristeller (pressão manual feita sobre o abdome da gestante durante as contrações no trabalho de parto), episiotomia (corte ou incisão cirúrgica na região entre a vagina e o ânus), uso de fórceps ou de outros instrumentos para conduzir o parto. Quando o parto é vaginal e alguma (ou todas) estas intervenções tenham sido realizadas, diz-se de um parto *normal*. Também é dito *normal* ou *natural* o parto vaginal em que a mulher é impedida de alimentar-se e caminhar durante o trabalho de parto, de ter acompanhante de sua escolha, de ficar em contato com o recém nascido imediatamente após o parto, ainda que o bebê esteja em boas condições de saúde. Utilizaremos aqui sempre a diferenciação entre parto vaginal e cirúrgico, ou cesáreo, com o objetivo de problematizar estas nomenclaturas de parto normal ou natural ou mesmo o cirúrgico, tendo em vista que práticas de violência obstétrica incluem atos, gestos e falas e ‘não-falas’ naturalizados socialmente em nossa cultura de assistência às mulheres, em seus pré-natais, partos - quaisquer que sejam eles - e puerpérios.

Entretanto, a despeito das iniciativas desenvolvidas a partir da primeira década do milênio, a situação da assistência ao parto continuou problemática.

Diniz (2009) designa como *paradoxo perinatal brasileiro* a ausência de impacto positivo sobre a mortalidade materna, a despeito de uma considerável absorção de tecnologias na assistência à gestação e ao parto. A partir daí, busca identificar, entre outros, vieses de gênero nas pesquisas e práticas de saúde perinatal, bem como conflitos de interesse para a incorporação de mudanças de práticas nesta área. Pontua:

O modelo típico de assistência ao parto em muitos serviços do SUS, além de inseguro e pouco apoiado em evidências científicas, é não raro marcado por uma relação profissional-usuária autoritária, que inclui formas de tratamento discriminatório, desumano ou degradante (p. 317).

Em 2011, em busca de mudar este modelo de assistência, investindo na qualificação das práticas de cuidado realizadas, bem como de impactar na mortalidade materno-infantil, o MS instituiu, no âmbito do SUS por meio da portaria 1.459, de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha (RC). Esta se caracteriza por ser:

Uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (MS, 2011).

Tal rede correlaciona ações voltadas para 04 componentes assistenciais ou operacionais: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. Tem como princípios:

- I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- III - a promoção da equidade;
- IV - o enfoque de gênero;
- V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- VI - a participação e a mobilização social; e
- VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (Ibidem).

Tais princípios devem estar presentes na construção desta nova Rede e, para tal, o MS investiu recursos financeiros e políticos tendo em vista o desafio de fazer mudanças junto a@s trabalhador@s, gestor@s, instituições hospitalares, secretarias de saúde municipais e estaduais, universidades, usuári@s e movimentos sociais.

De acordo com Martins, Nicolotti, Vasconcelos & Melo (2014), inicialmente a RC tomou tal desafio incorporando os princípios, diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH), a qual entende humanização pela produção de:

(...) um movimento institucional, político, ético e afetivo (entendendo afeto como efetivação de uma potência coletiva, uma força de composição que dá liga entre corpos) engajado com a tarefa de fazer viva a aposta coletiva no SUS, mediante participação e comprometimento dos sujeitos e coletivos com seu próprio processo de construção (MARTINS *et al*, ibidem, p. 11)

Este movimento se daria a partir da inclusão dos sujeitos, coletivos e suas ‘perturbações’ envolvidos nas produções de redes de coletivos articulados pela aposta no SUS, nos espaços de atenção, gestão ou educação em saúde. Para potencializar esta aposta, a RC utilizou o *apoio institucional* como estratégia metodológica de, junto às secretarias estaduais e municipais, bem como aos serviços de saúde, gestor@s, trabalhador@s e usuári@s, criar grupalidade na condução das mudanças necessárias à reorientação do modelo de assistência e gestão obstétrica no país.

Além de incorporar diretrizes da PNH²³ (acolhimento em rede com classificação de risco/vulnerabilidade, cogestão, direito a acompanhante de livre escolha da gestante e ambiência), a RC adotou:

(...) outras questões fundamentais, tais como a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, aumento da abrangência do cuidado a crianças até 2 anos de idade, mudanças no modelo de gestão da rede materna e infantil, com indução financeira, implantação de Centros de Parto Normal (CPN) e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) (MARTINS, ibidem, p. 12)

De acordo com Rosamaria Carneiro (2013), entretanto, grupos feministas apontam críticas à RC tendo em vista que ela representaria retrocessos nas políticas de saúde voltadas para as mulheres, seus direitos sexuais e reprodutivos. Tal crítica deve ser considerada especialmente no tocante à não inclusão das mulheres em situação de abortamento na RC, política voltada à assistência às mulheres gestantes que tomou grande

²³ Estas diretrizes foram tomadas na experiência pioneira de apoio institucional para a humanização do parto e nascimento do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiro, anterior à instituição da RC (MARTINS *et al*, ibidem)

visibilidade nacional. Assim, a pauta histórica de lutas do movimento feminista no campo da assistência à saúde da mulher, considerando-se o grave problema das consequências de abortamentos ilegais em nosso país, persiste aparecendo timidamente nas políticas públicas federais. Assim, Carneiro ressalta, sobre a RC:

A iniciativa reitera a noção de que a saúde da mulher e a própria pessoa da mulher estariam orientadas para a maternidade, para a chamada mulher-mala, deixando de debater a liberdade de escolha da maternidade, e, assim, também a legalização ou descriminalização do aborto (CARNEIRO, *ibidem*, p.50).

Em meio aos múltiplos sentidos atribuídos ao termo humanização, seja nas políticas públicas ou nos movimentos sociais, ele vem tomando corpo no senso comum. Assim, pessoas interessadas, incluindo profissionais da comunicação têm-me abordado:

“- Em Aracaju tem parto humanizado? ”.

Noto aí uma certa tendência a articular o termo humanização a uma abordagem restrita às experiências e decisões individuais de parto.

Tentando abrir o diálogo a esta questão, busco fazer, a partir de agora, um itinerário do que se vem chamando de parto humanizado a partir de relatos de profissionais, gestor@s, usuári@s de saúde no estado de Sergipe.

Assim, no SUS em Sergipe há iniciativas públicas, seja nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde o programa de assistência ao pré-natal aparece como prioridade na maioria das agendas médicas e de enfermagem; seja em hospitais-maternidades, com incorporação, na assistência hospitalar, de enfermeir@s obstétric@s, doulas²⁴ voluntárias, métodos não-farmacológicos de alívio da dor, contato pele-a-pele precoce entre mãe-bebê, além de implantação de algumas estratégias organizacionais que estão diretamente ligadas à ‘humanização’ da assistência, no sentido dado pela PNH (ex.: ampliação do horário de visita em maternidades, visita da gestante e acompanhante à maternidade de referência, inclusão de acompanhante de escolha da gestante durante todo o trabalho de parto, reorganização da rede de maternidades, buscando evitar o problema da peregrinação da gestante pela rede SUS, etc.). Houve ainda a criação de colegiados gestores inter e intra-serviços de saúde, nos quais se estimulou a participação d@s trabalhador@s e usuári@s, além do Fórum Cegonha, espaço mais aberto à sociedade para

²⁴ São mulheres que atuam apoiando a gestante durante a gestação, trabalho de parto, parto e puerpério; utilizam métodos não farmacológicos de alívio da dor, como compressas quentes e massagens, além de ofertarem apoio emocional à gestante, incentivando-a.

discussão coletiva e proposição de formas de enfrentar problemas relacionados à temática da assistência às gestantes, puérperas de recém nascid@s. No que diz respeito à educação em saúde, observou-se o estímulo à adoção de boas práticas obstétricas e neonatais, por meio de cursos constantes, além da criação de cursos de residência²⁵ em enfermagem obstétrica. O Ministério da Saúde incentivou e apoiou todas estas iniciativas, além de induzir, por meio de financiamento, reformas para adequações da ambiência em serviços onde se realizam partos e construção e criação de Centros de Parto Normal (CPN), Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (algumas ainda não iniciadas e outras em fase de conclusão). Periodicamente um@ apoiador@ temática²⁶ do MS realizava presencialmente avaliações e certificação do processo de implantação da RC. Vale ressaltar a incipiência destas, caracterizando um momento de transição de modelo de atenção e gestão na assistência às gestantes, no qual as decisões persistem fortemente centradas no saber/poder médico.

Nesse movimento de ‘humanização’ do parto e nascimento, há ainda, para quem pode pagar, um serviço particular ou um plano de saúde, cursos para gestantes e casais, doulas e médic@s que atuam nos cuidados pré-natais e acompanham gestantes em partos hospitalares privados ou filantrópicos. Tais médic@s têm-se mostrado sensíveis e parceir@s na assistência a gestantes que optam por um parto no qual ela seja protagonista; são pouco intervencionistas e não costumam tomar a gestação como doença, mas como processo que faz parte da vida. Até o momento, não há na cidade, nem no estado de Sergipe, nenhuma equipe que atenda parto domiciliar, seja no setor público, ou privado, apesar de se observar uma crescente busca por tal tipo de parto. Equipes de parto domiciliar dos estados de Alagoas e Bahia têm sido contratadas para realizar partos domiciliares planejados em Sergipe.

Apesar disso, em fóruns e consultas, mulheres contam-me sobre os longos debates/embates que travam com algum@s médic@s quando, durante o pré-natal no setor privado, decidem que querem parir por via vaginal; ou quando não querem que seja feito em seu corpo a episiotomia; ou quando não querem receber hormônios para acelerar o

²⁵ Tais residências apresentam-se como modos de formação profissional na modalidade de pós-graduação, que ocorrem em serviços de saúde. As seleções são feitas por meio de editais públicos e o financiamento ocorre com recursos públicos.

²⁶ De acordo com a Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Mulher e da Rede Cegonha em Sergipe, a enfermeira Kátia Valença, desde o início de 2015 a periodicidade das visitas técnicas d@ apoiador@ temátic@ da rede cegonha diminuiu, bem das reuniões de colegiados entre maternidades e o Fórum Cegonha, tendo em vista redefinições da gestão estadual e federal da Rede Cegonha (*informação verbal*).

parto; ou ainda aquelas mais ousadas e obstinadas que não querem parir deitadas, na clássica posição de litotomia (a mulher fica deitada com as pernas abertas, dobradas, suspensas e por vezes amarradas às chamadas perneiras, que ficam lateralmente a cada uma de suas pernas). Nos relatos, há médic@s que se sentem afrontad@s e falam: “você não quer deitar? Mas eu não vou me acocorar para receber @ menino!”, “na hora eu decidirei o que fazer”, ou reagem de modo autoritário e deselegante: “quem estudou medicina aqui fui eu. Eu decido!”.

A mulher que deseja esperar para entrar em trabalho de parto e parir pela via vaginal, e que pode pagar por isso, é convidada a ser ativista do seu próprio parto, por um Parto Ativo, como se refere Janete Balaskas (2012) ao parto de mulheres ‘empoderadas’. Com este protagonismo, mais uma tarefa...adeus ao ‘singelo’ papel materno de somente (como se isso fosse pouco) cuidar do enxoval, do quartinho, do chá de fraldas, do chá de bebê, ou do recente *chá de revelação*, evento festivo que reúne amic@s e familiares da gestante para tomar conhecimento se @ bebê é meninoO ou é meninaA...

É o que costumo chamar de *check-list do parto*, que fica ainda mais extenso quando a mulher *resolve* entrar em trabalho de parto e tentar um parto vaginal. Em geral, as mulheres e @s profissionais que optam por um parto vaginal no setor privado querem também segurança, a qual, como já dito, passa pela presença d@ médico na instituição hospitalar. Para isso adiciona-se ao *check-list do parto*, por exemplo, o valor da taxa de disponibilidade que, conforme discutimos anteriormente, é cobrada corriqueiramente por algum@s médic@s para acompanhar a lenta evolução de um trabalho de parto normal com toda a segurança que um hospital pode conferir (e cobrar). É importante ressaltar que, por fim, nada garante que este evento não terminará numa cesárea, caso haja algum problema na progressão do parto. E mais custos...é o preço da ‘autonomia’? Da escolha a quem se possa ‘empoderar’?

Os *pacotes do parto humanizado* - que alguns serviços privados propagandeiam e pelos quais se cobra um valor adicional pela quebra da rotina e de alguns protocolos que possibilitam maior liberdade da mulher - devem ser pactuados previamente, entre a gestante, @ médic@ que a acompanha e o hospital: é o *plano de parto*; neste deve constar uma lista de preferências e desejos da mulher que resolveu participar ‘ativamente’ da gestão do seu parto (que pretende) vaginal e humanizado.

O protagonismo buscado e feito pelas mulheres que optam por participar ativamente do seu parto, vai-se assemelhando a uma saga: ‘a *saga do parto humanizado*’. Esta demanda da mulher: recursos financeiros para pagar pelo evento-parto, capacidade

de aprender sobre o parto *humanizado*, de dialogar com médic@s, hospitais e familiares e, claro, de manter-se sempre bem relaxada para lidar com este processo de engravidar-parir-maternar...uau! Ainda que as bacias das brasileiras fossem as mais largas do planeta, definitivamente, não é por conta de bacia estreita que as taxas de cesáreas vêm aumentando no setor privado...a não ser que entendêssemos que o parto vaginal fosse um evento eminentemente fisiológico e dissociado de outras dimensões da vida de quem está parindo, nascendo, cuidando. O que não é o caso!

“Tudo parecia mais fácil antes de queimarmos os sutiens! ” - Contam-me ironicamente e bem humoradas certas gestantes que entram e se exaurem nas tarefas de fazer parte da “equipe de gestão” do seu próprio parto, referindo-se a quão difícil é exercer seu protagonismo na sua própria gestação e parto, ainda nos dias de hoje, mesmo após tantas conquistas sociais que as mulheres conseguimos.

Desse modo, preocupa-nos a construção social de uma *saga* pelo parto vaginal no setor privado, que será humanizado para quem conseguir pagar e bem-escolher os itens do pacote que está à venda no parto. Enfim, chegar ao fim da gestação conseguindo o intento de ter um parto humanizado no setor privado, especialmente por via vaginal, é tarefa das bem difíceis.

Por último, vale ressaltar um jeito muito singular de tratar do parto humanizado no setor privado: a cesárea ‘humanizada’. Ela vem sendo defendida por alguns profissionais de saúde e mulheres que reivindicam o direito de escolha pelo parto cirúrgico eletivo em redes sociais. Nestes, o entendimento de protagonismo da mulher no parto se confunde com a escolha do dia e local do parto cirúrgico agendado, com uma especial importância dada aos itens de hotelaria disponíveis nas ofertas hospitalares, entre as quais: fotógraf@s especializados, câmera no berçário onde a mãe pode acompanhar o recém-nascido após o parto por uma TV, enquanto ambos ficam afastados, massagens, salas reservadas para visitas, cabeleireiro e manicure, etc.

Por fim, cada vez mais tem ocorrido partos ‘humanizados’ domiciliares em Sergipe, nos quais a experiência de parto assume uma dimensão mais familiar, a gestante é a grande protagonista do parto e intervenções cirúrgicas não são realizadas; são assistidos por equipes que se deslocam de outros estados para Sergipe, implicando altos custos para a sua realização. Por fim, há também a atuação de parteiras tradicionais em

partos domiciliares ‘humanizados’, cuja prática é pautada pelos saberes tradicionais e não se costuma cobrar pela ação, muitas vezes tomada como sacerdócio. Estas experiências, vale ressaltar, apesar de muito raras contam com forte resistência, especialmente d@s profissionais de saúde.

Diante do exposto, o desafio que se nos apresenta para a produção de ‘partos humanizados’ em ambientes hospitalares está em encontrar brechas entre a violência obstétrica e o exercício biopolítico de controle e (auto)disciplinamento dos corpos, aqueles que parem. Isto se dando sob um registro de experiência de parto como algo que transborde o exclusivamente individual; ou escapando da absolutização de práticas de segurança condicionadas pela lógica de mercado em busca de produzir o parto como produto caro a ser consumido por algum@s poucas pessoas; ou fisingando as escassas iniciativas públicas que, apesar de indicarem um momento de transição no modelo de assistência ao parto para uma abordagem mais humanista, ainda se mostram frágeis, desconexas, distantes do cotidiano das mulheres que utilizam exclusivamente os serviços públicos de saúde, não raro criando uma ideia restritiva de que humanizar a assistência ao parto é fazer parto vaginal.

Neste contexto, os sentidos de humanização tomado pelos movimentos sociais ou pelas políticas públicas de saúde ou ainda veiculado no senso comum, precisam ser permanentemente problematizados, ainda que se mostrem como potente estratégia discursiva para dar visibilidade à necessidade de mudanças na assistência às gestantes, facilitando diálogos e abrindo possibilidades de invenção de tal assistência, tomando como fundamental o protagonismo das mulheres nas decisões sobre suas gestações e partos.

Nesse movimento a favor do protagonismo das gestantes, parece ser importante tomar a radicalidade de pensar o fazer da assistência ao parto nas singularidades que cada mulher traz, o que implica identificar estereótipos de gêneros, entendimentos de corpo e de maternidade a serem problematizados e desnaturalizados, onde houver encontro entre profissional de saúde, gestantes e familiares, independente se no setor público ou privado de assistência ao parto.

CAPÍTULO 4: Transando Gênero, Sexualidade e Saúde Sexual e Reprodutiva na Gestação e Parto

Neste capítulo, a partir da temática da saúde sexual e reprodutiva, exploraremos alguns conceitos, valores e normas sociais que nos permitiram entender que violências obstétricas não têm no hospital um locus exclusivo de emergência. Identificamos na assistência pré-natal, por exemplo, um conjunto de discursos e práticas entre as quais se forjam as condições para ou a própria manifestação da violência obstétrica como violência de gênero contra as mulheres.

Para isso utilizaremos a cena “Eu decido como parir!”, que ocorreu numa Unidade Básica de Saúde (UBS) da Atenção Primária (APS) do município de Lagarto-SE; lá atuo como docente responsável por duas turmas de alun@s do terceiro ano do curso médico na Universidade Federal de Sergipe (UFS) e semanalmente, atendemos adultos de todas as faixas etárias, mas também realizamos a assistência médica pré-natal de gestantes não classificadas como ‘alto risco’.

Sobre a assistência pré-natal, Vieira (2002) destaca que ela nasce associada à ideia de puericultura intra-útero e ao conceito de saúde materno-infantil calcados num estereótipo de ‘natureza feminina’ que se desenvolveu no meio médico brasileiro a partir do século XIX:

A idéia de ‘natureza feminina’ baseia-se em fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher – a capacidade de gestar, parir e amamentar, assim como também a menstruação (VIEIRA, ibidem, p. 31)

Esta autora ressalta que neste contexto médico, o entendimento de sexualidade feminina era marcado pela norma da mulher como reprodutora e que os desvios da norma eram interpretados como doença com significados sociais, morais e até mesmo criminais.

Em nossa atividade semanal, entretanto, buscamos ensinar praticando uma medicina pautada pela clínica ampliada, que de acordo com o MS (2004) caracteriza-se, resumidamente, por um compromisso ético de tomar @ usuári@ do sistema de saúde como sujeito singular, reconhecendo os limites tecnológicos da atuação profissional e buscando relacionar-se com outros campos de saber e práticas, por meio da

intersectorialidade. Assim, a clínica ampliada aparece como uma busca permanente de mudança, seja nos processos de trabalho nos serviços de saúde, seus modos de cuidar e de fazer gestão, seja na formação dos profissionais; em ambos, persistem fortemente abordagens e práticas fragmentárias, biologicistas e medicalizantes que, associadas a problemas macro-estruturais relativos às relações trabalhistas, condições de trabalho, gestão e financiamento do setor, tensionam a produção dos princípios de universalidade, integralidade, equidade e controle social do SUS.

Portanto, é em meio a este cenário que se dá a busca pela produção de uma clínica ampliada e onde ratifico um entendimento de que é possível produzir uma abordagem singular a cada encontro, aliando a isso uma abordagem terapêutica compartilhada, com responsabilização recíproca, buscando maior resolutividade possível e com atenção aos afetos, constitutivos dos encontros entre trabalhador@s de saúde e usuári@s.

A despeito disso, é válido considerar algumas especificidades da APS especialmente nas UBS, lugar onde a maior parte dos acompanhamentos pré-natais ocorrem no SUS. Elas se caracterizam pela facilidade territorial de acesso, pois costumam ser o serviço de saúde mais próximo da residência d@s usuári@s; aí, estão disponíveis tecnologias de cuidado diversas que vão desde práticas na comunidade como as visitas domiciliares, a realização de ações coletivas de educação em saúde, com vistas à promoção e prevenção; consultas médicas, de enfermagem, odontológica; dispensação de medicamentos para os problemas de saúde mais frequentes; imunizações, curativos e outros pequenos procedimentos; pontos de marcação de consultas especializadas e exames.

Nas UBS estima-se que a maioria dos problemas de saúde da população podem ser resolvidos, sem a necessidade de serviços de atenção especializada, ou hospitalar; além disso, o atendimento voltado para cada pessoa e também para seus familiares mais próximos colocam as UBS como local onde potencialmente se estabelece a continuidade do cuidado e do vínculo entre trabalhado@s-usuári@s.

De acordo com o MS (2006), a APS:

Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (p. 12)

Na perspectiva da clínica ampliada, sendo a coordenação do cuidado tomada por princípio e entendida como um atributo organizacional dos serviços de saúde presente na continuidade dos cuidados percebida pelas usuárias (Almeida, Giovanella, Mendonça & Escorel, 2010), destacamos algumas potências da APS, quando marcada pelos princípios do SUS acima apontados, quais sejam:

- provocar um compromisso ético-político de cada profissional de saúde para apoiar cada usuária nos seus diversos trajetos pelo sistema de saúde, quando se produzem dúvidas, preocupações, apreensões, decisões;
- provocar apostas permanentes, constitutivas de práticas de cuidado nas quais a coordenação do cuidado é partilhada entre profissionais de saúde e usuárias, entre as quais nossas gestantes;
- provocar, a partir de decisões tomadas com base no encontro entre saberes, experiências, desejos, afetos das trabalhadoras e gestantes, não só a singularidade de cada sujeito passar a ser o enfoque do cuidador, mas também a relação de cuidado “de um indivíduo consigo mesmo”, como acrescenta Dagmar Meyer (2011, p.19).

A partir de agora, considerando estas características e potências da APS do SUS, tomaremos uma cena composta também a partir de minha experiência como docente e médica de uma UBS; a partir daí discutiremos o problema da violência obstétrica e as práticas que a viabilizam, especialmente no tocante ao entendimento de sexualidade e gênero nos serviços de saúde durante o pré-natal. A intenção com isso é transbordar as organizações hospitalares como locus exclusivo onde se dão as práticas de VO e destacar a (des)continuidade dos (des)cuidados ofertados nos serviços de saúde, sejam públicos ou privados.

Para tal, consideraremos que durante a gestação podem ser ensinados e aprendidos modos de cuidado de si, no tocante à sexualidade e gênero, que tem a ver com a produção de modos de ser mãe e mulher e de fazer parto.

Cena 3: Eu decido como parir

Lorena era mais uma bela mulher grávida que chegava ao posto de saúde por ouvir falar bem. Senti-me feliz de saber da boa fama e, como sempre, recebi-a com um grande e sincero sorriso.

Ela vinha sempre acompanhada de seus dois filhos mais velhos, um de 02 e outro de 04 anos. Os seus dois partos haviam sido vaginais. Chegou disposta a fazer o pré-natal conosco, mas avisou logo que estava juntando dinheiro para fazer a cesárea e ‘ligar as trompas’. Tod@s três eram do mesmo parceiro e esta era uma decisão de amb@s. Não queria ter um@ quart@ filh@.

Fiquei incomodada com aquilo, pois não entendia o que ela vinha fazer ali, pois já estava sendo acompanhada por um@ obstetra e estava decidida a fazer uma cesárea eletiva. Perguntei-lhe. E ela me ensinou:

- Vim fazer o acompanhamento pré-natal com a senhora!

Tudo bem. Segui logo na primeira consulta dizendo-lhe que respeitava sua decisão, mas que minha obrigação como profissional médica era dizer-lhe dos benefícios de um parto normal. Iniciei minha ladainha de quinta-feira com as gestantes, insistindo em mostrar-lhe outras alternativas de anticoncepção. Mas Lorena argumentava que já havia tentado de tudo e queria uma alternativa definitiva. Já estava juntando dinheiro, inclusive. Eu insistia falando:

- Minha querida, imagine você com dois meninos pequenos e com um@ recém-nascid@ precisando tanto de seus cuidados e você tendo de cuidar de casa, das relações com marido, amig@s, família, seu marido trabalhando fora...deixa para fazer esta ligadura depois do parto, acho que será melhor para você e ainda poderá fazer pelo SUS...!

- Mas tem pelo SUS?

- Tem sim. Demora, mas soube que aqui pelo nosso município se consegue sim!

A esta altura ela me olhava com olhos de atenção e desconfiança. E eu? Achei que havia grandes chances de ela não retornar... Mas ela retornou!

Veio com a boa notícia que teria uma menina, como tanto queria! Perguntei se havia pensado no que conversamos sobre a ligadura pelo SUS, depois do parto. E ela:

- A senhora não quer que eu faça cesárea, né?! Eu sei...

- Não é isso, Lorena, o parto é seu, você faz do jeito que quiser e puder, mas penso em você, no seu conforto e n@ bebê...olha, já sei! Por que você não junta o dinheiro para seu marido fazer a vasectomia? Tem pelo SUS, também, mas já que está juntando dinheiro, a vasectomia é um procedimento mais barato, mais simples...

Pensei isso naquele momento mesmo em que conversávamos e fiquei surpresa comigo mesma: como não tinha pensado nisso antes?

- E é? E precisa de quê? (Perguntou-me.)

Pronto! Naquele momento começamos a providenciar o que era necessário para ela e o marido pensarem sobre o assunto e considerarem a possibilidade de optar pela vasectomia.

Confesso que até então estava esquecida deste procedimento de ‘planejamento familiar’, tendo em vista que em geral é a mulher quem realiza a esterilização definitiva. E, apesar de animada, fiquei também apreensiva, pois realmente não acreditava que aquele homem topasse uma vasectomia...

Passou o tempo e, numa quinta, encontro com Lorena no corredor da UBS:

- Como vai? Hoje não é dia de consulta nossa, não é?! Está fazendo o que por aqui, querida?

- Vim entregar os papéis para fazer a vasectomia! Meu marido veio comigo!

E Lorena, sempre com um largo sorriso, iluminou meu dia.

Parecia que tinha visto um milagre!

Em livros de medicina é comum que o planejamento familiar (ou reprodutivo) figure entre os temas relativos à saúde da mulher. É assim também nas instâncias de planejamento e gestão do SUS. Em geral, consistem na oferta de métodos contraceptivos, sejam eles definitivos ou não, devendo @ profissional de saúde discutir os benefícios e limitações de cada método. No Brasil, a esterilização definitiva por via cirúrgica (laqueadura tubárea ou ligadura das trompas nas mulheres e vasectomia nos homens), persiste sendo uma das principais alternativas de planejamento familiar (Duncan, 2013).

De acordo com Vieira (Ibidem), até a primeira metade do século XX as políticas públicas voltadas para a gestação e o puerpério eram marcadas por uma preocupação com a mortalidade infantil; entretanto, a partir da década de 60, observa-se uma crescente medicalização sobre a natalidade, associada às causas do alarmante crescimento populacional nos países então ditos do terceiro mundo. Neste momento, uma crescente medicalização da anti-concepção torna-se possível graças ao desenvolvimento de certas

técnicas (cirúrgicas, de controle de infecção, anestésicas), bem como pela mudança de certos valores em toda a sociedade. Entre @s médic@s observou-se um abandono gradativo da relutância em realizar um procedimento cirúrgico com o objetivo de contracepção, não raro associados a ideias de eugenia; entre as mulheres, observa-se que estas passam a ter na esterilização definitiva uma escolha para o controle da fertilidade legitimada pela medicina.

Estes novos valores, associados à mercantilização da prática médica, bem como à medicalização das gestações e partos, tomando um uso peculiar do conceito de risco, como discutimos anteriormente, traduzem-se num crescimento acelerado no número de cesáreas para a realização das ligaduras tubáreas.

De acordo com Ventura (2009), a partir de estudos sobre as práticas de esterilização definitiva no Brasil, observou-se que muitas vezes ocorriam sem o consentimento das mulheres, em sua maioria pobres e negras. Com o objetivo de coibir estas práticas foi criada a Lei Federal n.º 9.263, de 1996, onde se estabeleceram critérios para a esterilização definitiva, devendo esta ser precedida de aconselhamentos e autorização prévia do casal, caso haja uma sociedade conjugal, havendo recursos legais que garantem o direito a um@ del@s, caso haja discordância.

A esterilização é permitida em qualquer idade ou situação pessoal nos casos de risco à saúde da mulher ou do futuro neonato, ato que deve ser testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos (Ventura, 2009, p. 92)

Apesar desta regulamentação, ainda é muito comum a marcação de partos cesáreos com o objetivo de esterilização. Estas ‘cesáreas com laqueaduras’ ocorrem em geral fora do setor público de saúde, onde a mulher e seus familiares pagam um plano de saúde privado; ou reúne recursos necessários para pagar pelo procedimento médico-hospitalar; uma outra alternativa ainda frequente é recorrerem a algum@ polític@, por meio de troca de favores: como garantia do voto, pedem que @ polític@ ‘pague’ a laqueadura (como discutimos no capítulo 2). Desse modo, livram-se da baixa e morosa disponibilidade do procedimento no SUS.

Alguns dados do MS (2015b), ao longo de 04 anos, tomando o mesmo período do ano, revelam uma proporção de cerca de 30 homens vasectomizados para 70 mulheres esterilizadas por laqueadura tubárea (Gráfico 1). Além disso, se compararmos o total de esterilizações cirúrgicas veremos que ao longo de 04 anos o número de vasectomias

(27%) sempre está bem abaixo do número de laqueaduras, sejam elas durante partos (40%) ou não (33%) (Gráficos 2 e 3).

Gráfico 1

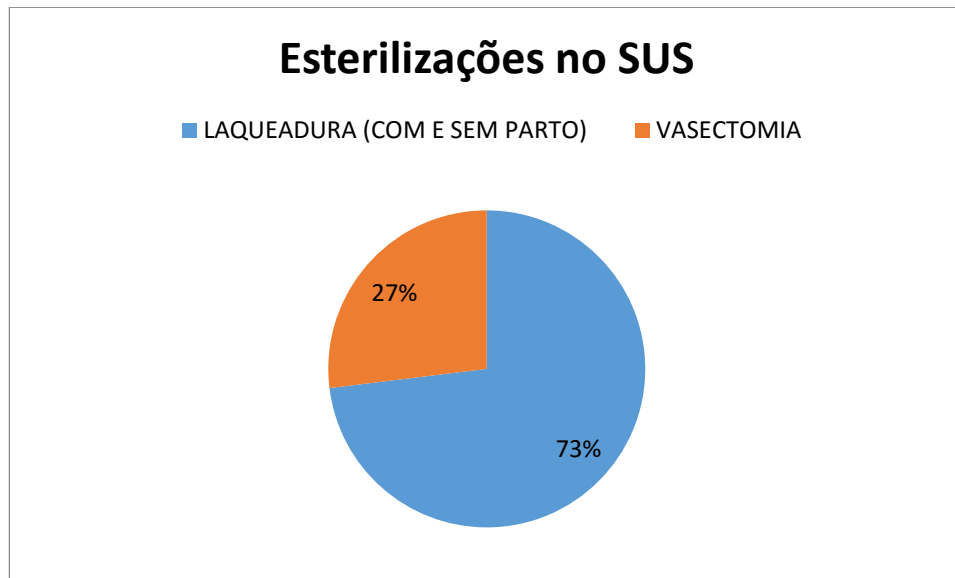


Gráfico 2

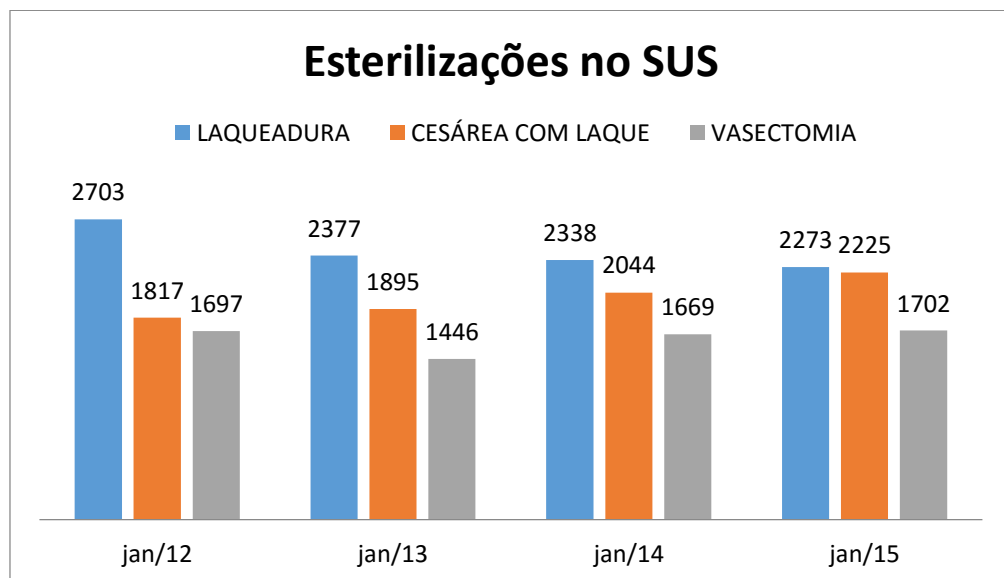
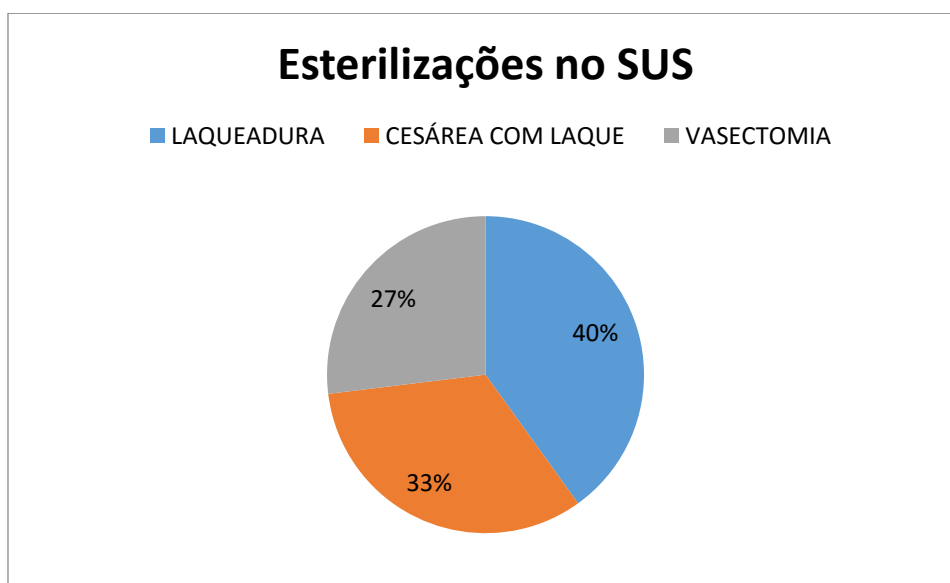


Gráfico 3



Fonte: Datasus. Situação da base de dados nacional em 30/04/2015. Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação – Brasil/ AIH aprovadas por Região.

Com isso, ratificamos: os corpos que vêm sendo esterilizados, não são quaisquer corpos.

Para Lorena, como para muitas e muitas mulheres, conseguir recursos para pagar a ‘cesárea para ligar as trompas’ parecia bem mais simples e ‘natural’ do que, por exemplo, parir por via não cirúrgica e depois de quatro a seis meses, passar por nova hospitalização para a ligadura.

O cuidado com a prole é sempre destinado às mulheres, mas este se situa para além do papel propriamente reprodutivo. Ainda assim, recebe uma carga simbólica de atributo pré-social da condição feminina. (Heilborn, 2003, p. 200)

Cuidar da prole, aqui pode ser substituído por realizar o planejamento familiar e, como vimos, comumente se traduz em submeter os corpos das mulheres a ligaduras tubárias em partos cirúrgicos. Tal planejamento, outrora tomado como medida de controle de natalidade, configura-se dentro de uma temática que se vem chamando Saúde Sexual e Reprodutiva, fortalecendo-se com a Conferência do Cairo, em 1994, onde se estabeleceu:

(...) um consenso com representantes de países de todas as regiões e culturas, de que as políticas e os programas de controle do crescimento populacional, e outras medidas restritivas ao exercício da sexualidade e reprodução humana, com o propósito de melhoria da situação econômica e social dos países, são ineficazes e violam os direitos das pessoas, em especial, das mulheres (VENTURA, *ibidem*, p. 75)

Vale ressaltar o conceito de saúde sexual e de saúde reprodutiva pela OMS, desde 1994:

(...) é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes o deve fazer. (Idem, p.76)

A despeito do conceito de saúde acima descrito, chama-nos atenção uma aproximação entre reprodução e sexualidade, sem condicionar a reprodução ao ato sexual, nem submeter a finalidade deste àquela. Entretanto, tomo emprestado de Dagmar Meyer (2010) uma problematização sobre este conceito a partir de uma tendência aos extremos, no campo da saúde: de um lado a busca por determinar objetiva e universalmente o que vem a ser, neste caso, a saúde sexual e reprodutiva; de outro, um idealismo descolado das experiências vividas.

Assim, apesar de percebermos diferenças no que se refere ao modo como no século XIX os círculos médicos tratavam do tema da sexualidade feminina, considero atual e necessário interrogar: como conceitos de sexualidade e gênero inscrevem-se nas práticas de atenção/cuidado em saúde relacionadas à vida sexual e reprodutiva das mulheres na atualidade?

Para abrir as reflexões que seguem, tomaremos sexualidade como relações erótico-afetivas das pessoas consigo e com @s outr@s, em busca de prazer; isso implica considerar os entendimentos sobre sexualidade e sua diferenciação na história e na cultura, complexificando-os e densificando-os, ao tempo que aponta para uma conceituação em permanente mudança. Por isso ratificamos nossa opção de olhar para os aprendizados de gênero e sexualidade na história e na cultura, diferentemente de abordagens que reforçam marcas de gênero a partir de quesitos majoritariamente orgânicos.

Para Guacira Louro (2008), aprendizados de gênero se dão sob a forma de pedagogias culturais que moldam sujeitos reconhecidos como normais ou diferentes. Assim, enquanto normas vão sendo transmitidas por meio de ensinamentos invisível e cotidianamente repetidos de modo a parecerem naturais e imutáveis, de outro modo, como que por exclusão, a diferença, ou os sujeitos diferentes, vão-se construindo nas relações com outros, sendo as marcas da diferença reforçadas por políticas, saberes, práticas e pedagogias culturais.

Com isso, queremos ressaltar que parto e dor, prazer ou sofrimento são também aprendizados culturais, e não somente o produto de condicionantes biológicos das mulheres.

A parteira mexicana Naoli Vinaver no filme *Renascimento do Parto*, exclama, com expressão de prazer:



Neste filme, os relatos das mulheres²⁷ são do parto como uma experiência prazerosa, pois mesmo com a dor das contrações, sentiram-se apoiadas afetivamente. Assim, gostar de parir, que para muit@s pode ser tomado como perversão sexual relaciona-se a repertórios interpretativos culturais que vinculam o parto a um momento imaculado, instintivo, 'natural' e, essencialmente, de sofrimento para as mulheres. Entendemos que é preciso desnaturalizar estas vinculações, se queremos produzir uma sociedade sem violências obstétricas.

Numa sociedade na qual hegemonicamente as práticas de assistência às gestantes tomam o corpo como máquina de parir, o parto tende a revestir-se de um significado estritamente fisiológico, descolado das experiências sexuais das mulheres. Aqui o paradigma dos riscos, considerados essencialmente como dimensão biológica da existência assombrada por um medo, ou uma série de medos pairantes, exerce-se sobre as gestantes oscilando: entre a responsabilidade por 'fazer dar certo' aquela experiência

²⁷ Importante ressaltar o enfoque elitizado do filme que mostra quase que exclusivamente a realidade de mulheres que têm planos privados de saúde ou condições financeiras para pagar por um parto domiciliar planejado.

de gestação-parto-maternidade; e a apropriação de seus corpos pelos gestores do risco na gestação e parto, quais sejam, as práticas médico-hospitalares que se exercem dentro/fora dos hospitais.

Esta apropriação do corpo feminino como máquina de parir, que marca o modelo biomédico de assistência, ensina sobre sexualidade e gênero na gestação e no parto. Seria o corpo da mulher destituído da sexualidade e com isso do prazer de parir²⁸? Resta-lhe a dor e o sofrimento? Ou poderia ser uma punição pelo pecado pelo prazer do sexo? Estaríamos normalizando um corpo pelo signo do pecado devendo ele receber as sanções que lhe são devidas, ou pelo signo da segurança, para as quais as práticas estéreis são condição? E se a condição para a segurança não fosse exclusivamente um conjunto de normatividades médico-hospitalares e sim a garantia de uma assistência singular ao parto, como um momento para o qual a mulher se prepara não para a dor e o sofrimento, mas para o prazer de viver de modo singular sua vida sexual e reprodutiva, inclusive no parto?

Vale destacar que entre os principais problemas tomados como de saúde sexual e reprodutiva, a violência sexual contra a mulher figura junto à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, morte materna, aborto voluntário e planejamento familiar. As violências obstétricas, entretanto, não aparecem aí, o que corrobora a naturalização das práticas que vimos chamando como tal²⁹.

Em fóruns, grupos de discussão, conferências de mulheres, percebe-se uma aproximação que ativistas do MPH têm feito com outros movimentos de mulheres. Desse modo, acreditamos que tende a haver uma maior visibilidade social, problematização e desnaturalização das práticas médico-hospitalares tomadas como violência obstétrica e realizadas cotidianamente não por um indivíduo ou uma categoria profissional isolada, mas também por uma cultura institucional que atravessa os serviços e as práticas de saúde, preparando as gestantes para partos pasteurizados, sobre os quais os registros de dor, horror e solidão são associados aos partos vaginais no setor público, escamoteando a apropriação dos partos pelos saberes e práticas médico-hospitalares no setor público ou privado e reservando somente às que podem pagar uma abordagem singular demandada

²⁸ O filme “Parto Orgásmico: o segredo mais bem guardado” trata deste tema, com várias experiências de mulheres que durante seu trabalho de parto e parto, tiveram orgasmos (Direção de Debra Pascali-Bonaro, 2009).

²⁹ A lei 11.340, a Maria da Penha, de 07/08/2006, grande avanço na desnaturalização da violência contra a mulher, tem um enfoque para as práticas de violência familiar.

pela intimidade do parto como momento especial da vida sexual e reprodutiva de cada mulher, nem estéril, nem descolado de suas experiências prévias.

Então, é preciso ao mesmo tempo trazer para a cena do pré-natal e parto esta aproximação entre sexualidade e reprodução e problematizar dissociações que representam modelos pré-definidos de uma *vida sexual segura e satisfatória*, sob o risco de estarmos corroborando uma compreensão de sexualidade engessada por uma concepção de corpo mecanicista e de certa forma misógina, que justificou e justifica o desenvolvimento de práticas obsoletas e violentas de assistência ao parto.

A história de Lorena, neste sentido, dá-nos uma mostra de como tornar possível, ou não, práticas autoritárias de assistência à gestante as quais chamamos violências obstétricas. Ainda que sua decisão final fosse a de realizar um parto cirúrgico eletivo para assim não mais parir, um leque de possibilidades se abrem acerca das possibilidades de viver sua vida sexual e reprodutiva, inclusive incorporando @ parceir@ e seu “corpinho” nos planos e apostas do futuro.

Michele Vasconcelos (2013), ao conceituar corpo como espaço conflitivo entre desejos de formatação e forças de experimentação apresenta-nos outras possibilidades para além daquele corpo morto ou sintético das aulas de anatomia, sobre o qual ainda se debruçam com tanta fé centenas e centenas de profissionais de saúde em formação³⁰; um corpo vivo, mutante e mutável ao longo da história que não é nem sempre foi a mesma coisa, por que os jeitos de se lidar com os corpos não foram sempre os mesmos. Ele não é um axioma; constitui-se no encontro com outros corpos, sob registros culturais e políticos que lhe ensinam a ser o que é até então e apontam possibilidades de ser; por isso é capaz de sentir prazer e dor, trabalhar, reproduzir, criar...e procriar! Não procriar biologicamente, como se isso fosse possível isoladamente, fora das relações sociais; não os corpos das mulheres-grávidas, estas que parem, mas aqueles todos que possibilitam a produção deste corpo-que-pare.

Um entendimento de gênero, neste momento, faz-se necessário compartilhar, na medida em que o reconhecemos como dispositivo biopolítico que pode atuar desestabilizando a prescrição de ‘um’ jeito de parir, gestar, viver a vida (...).

³⁰ Ainda hoje nos rituais de formatura, ao final do curso médico da Universidade Federal de Sergipe, há uma ‘homenagem ao cadáver’, como forma de agradecimento àquele que cedeu, sem saber, seu corpo ao aprendizado dos futuros médicos (*informação verbal*).

De modo geral, gênero vem sendo utilizado para diferenciar-se de uma apropriação biologicista de sexo: feminino, masculino ou indeterminado; nesse sentido, ele tende a ressaltar as marcas históricas, culturais e políticas de relações entre homens e mulheres.

Joan Scott (1995) propõe que o conceito de gênero seja tomado como elemento integralmente constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e como a primeira forma de dar significado às relações de poder na sociedade que limitam as relações homem-mulher a um binarismo a-histórico:

(...) a oposição binária e o processo social das relações de gênero tornam-se parte do próprio significado de poder; pôr em questão ou alterar qualquer de seus aspectos ameaça o sistema inteiro”. (p. 92)

Dá por que mudar a realidade da violência obstétrica não se restringe a investir na mudança de práticas somente d@s profissionais de saúde; não é no hospital ou outras instituições de saúde que ela se origina exclusivamente, mas também nos entendimentos de gênero e mulher presentes em nossa sociedade, em instituições como a família, a escola e os hospitais-maternidades onde são modelados conceitos e consensos sociais, presentes nas microrrelações cotidianas, dentro e fora das instituições de saúde. Reconhecer isso nos parece fundamental diante de certas práticas discursivas corporativas ou institucionalizantes que tendem a restringir o problema da violência obstétrica ao campo e aos serviços de saúde desconsiderando molduras de gênero e sexualidade presentes em nossa sociedade.

Juliana Perucchi (2009) ressalta que o conceito de gênero passa a ser usado em pesquisas acadêmicas a partir do reconhecimento do discurso dos movimentos sociais, de modo interdisciplinar. Especialmente na psicologia, tal incorporação toma força pelo reconhecimento de gênero como vetor constitutivo de subjetividades.

As críticas feministas abriram caminho às críticas de outros movimentos emancipatórios, como o movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (LGBT). Enquanto as primeiras denunciavam o sexismo e a desigualdade nas relações de gênero, as críticas da militância LGBT voltam-se contra a heterossexualização da sociedade (PERUCHI, *ibidem*, p. 3)

A autora ressalta que em torno dos anos 90 a agenda teórica dos estudos de gênero passa a fazer o questionamento das próprias categorias, problematizando sua fixidez, sua

separação, seus limites; preocupam-se então em entender o jogo do poder ao redor destas categorias como processos menos binários e mais multifacetados. As políticas de identidade que orientavam fortemente o movimento feminista e o movimento LGBT nos anos 70 e 80 entram em crise nos anos 90 e revelam suas fraturas e insuficiências. É assim que se instauram proposições e formulações teóricas pós-identitárias no âmbito destes estudos, dentre as quais destaca a teoria queer, vinculada às vertentes do pensamento ocidental contemporâneo que, ao longo do século XX, problematizaram noções clássicas de sujeito, de identidade, de agência, de identificação.

Guacira Louro (2001), cita Tomaz Tadeu da Silva (2000):

(...) tal como o feminismo, a teoria queer efetua uma verdadeira reviravolta epistemológica. A teoria queer quer nos fazer pensar queer (homossexual, mas também “diferente”) e não straight (heterossexual, mas também “quadrado”): ela nos obriga a considerar o impensável, o que é proibido pensar, em vez de simplesmente considerar o pensável, o que é permitido pensar. (...) O queer se torna, assim, uma atitude epistemológica que não se restringe à identidade e ao conhecimento sexuais, mas que se estende para o conhecimento e a identidade de modo geral. Pensar queer significa questionar, problematizar, contestar, todas as formas bem comportadas de conhecimento e de identidade. A epistemologia queer é, neste sentido, perversa, subversiva, impertinente, irreverente, profana, desrespeitosa (p.550)

Aproximar-se da teoria queer nos estudos e lutas contra a violência obstétrica instiga-nos na medida em que os modos como as mulheres buscam construir protagonismo na cena dos seus partos, transgridem engessamentos nos modos de fazer-se mulher-grávida-parto; na medida em que observamos que, desde a vida intra-uterina, a necessidade de conhecer o sexo do bebê demanda e é demandada pelo consumo do(s)exame(s) de ecografia; aí já vão aparecendo condições para o desencadeamento de diversas outras ações das quais ‘devem’ se ocupar as gestantes, de acordo com um script de ‘ser mãe’: a cor do enxoval, o nome d@ bebê, o tipo de brinquedos para el@, @s namoradinh@s potenciais...

Parece-nos fundamental, nesta trajetória de identificar como se produzem violências obstétricas, problematizar a absolutização de um encadeamento linear sexo-identidade de gênero-heterossexualidade vai definindo um jeito de ser mulher/homem desde a vida intra-útero: como se uma mulher biológica devesse ter identidade de gênero feminino e desejo sexual por homens. Entendemos que, a partir deste registro, são

disparados tantos outros no sentido de também limitar, enrijecer, restringir, para as mulheres que decidimos por fazê-lo, os modos de lidar com nossas gestações e partos.

CAPÍTULO 5: Com A Palavra E Os Gestos: Os Corpos Grávidos Que Parem

Neste capítulo utilizaremos as cenas **Violência Perfeita** e **Eu Decido Aonde Parir!** para explorar modos de lidar com a Violência Obstétrica. Aqui, um imbrincamento entre relações de poder-violência-exercício de liberdades será tomado tanto nas relações entre trabalhador@s e gestantes, como também das gestantes consigo.

Cena 4: Violência Perfeita

Shirley e as estudantes de medicina que a acompanhavam junto comigo desenvolveram, durante o pré-natal, uma linda história de cuidado. Ela sempre trazia sua filhinha para as consultas e ao longo do pré-natal foram se vinculando e se afeiçoando umas pelas outras. Eu observava contente aquela relação de cuidado e co-responsabilização que ia além da realização de exame físico, investigação de possíveis queixas, solicitação de exames e prescrição de medicamentos de rotina, bem como de comportamentos saudáveis. Uma relação de cuidado na qual todas aprendíamos e ensinávamos.

Era uma mulher muito zelosa com a gestação atual, pois havia tido problemas na amamentação de sua primeira filha que nascera prematura. Esta gestação seguiu tranquila, sem complicações. Estava feliz, pois agora teria um menininho.

Após o parto, retornou com seu bebê e a filha mais velha para a consulta puerperal. Contando sobre o parto, fala sobre a companhia de seu marido:

- Ele entrou no hospital e ficou comigo o tempo todo. Só não entrou mesmo na hora do parto, por que não podia

E sobre o parto:

- Foi difícil. Senti muita dor. Eles (*@s profissionais de saúde*) tiveram até de subir na minha barriga e empurrar para o menino nascer! Mas graças a Deus está tudo bem com meu filhinho...

Alba Zaluar (1999) registra no Brasil uma ambiguidade na concepção de ‘ordem’

social cuja violência viria a perturbar, sendo o espaço privado, doméstico, um *lugar aceitável* para o seu uso. Neste sentido, o parto, especialmente o vaginal entraria num lugar de intercessão, ou de *penumbra pública*, digamos assim, por configurar-se como um evento familiar, portanto ‘privado’, e ao mesmo tempo, por ter-se hospitalizado, sairia do domínio do privado tradicional, viabilizando a adoção de discursos e intervenções médico-hospitalares sobre ele.

Para Mariana Pulhez (2013b), alguns procedimentos e condutas adotados na assistência ao parto são mais facilmente reconhecidos como violência obstétrica, como as agressões verbais ou físicas; entretanto, aponta outras tantas que, por serem rotinas hospitalares, não costumam ser questionados, ainda que sejam percebidas como atos essencialmente violentos.

Na história de Shirley dois atos têm sido apontados por ativistas do MHP como violência obstétrica: a negação do direito constitucional ao acompanhante de escolha da gestante durante TODAS as fases do parto³¹; e a realização de um procedimento potencialmente prejudicial a si e ao seu bebê, a manobra de Kristeller. Nenhum dos dois, entretanto, foi percebido ou enunciado como tal por quem os viveu.

A despeito da existência de lei federal nº 11.108/2005 que alterou a constituição há 10 anos, garantindo à gestante o direito a um@ acompanhante de sua escolha durante o parto, a maioria das mulheres no Brasil continua sem usufruir de tal direito. Em outras palavras, após 10 anos da lei, poucas foram as gestões públicas, privadas ou filantrópicas, que priorizaram a operacionalização deste direito inteiramente, fazendo-o em alguns setores hospitalares. Assim, quando a mulher entra na fase ativa (ou segunda fase), na qual ocorrem contrações uterinas acompanhadas de dores gradativamente mais frequentes e intensas, deve-se despedir dos familiares e entrar num ambiente, para muitas, estranho: a ‘*sala de pré-parto*’, que costuma ser uma sala coletiva, de acesso restrito a@s profissionais que ali atuam, onde todas devem ser identificadas por vestes específicas (uma espécie de camisola com abertura traseira, sem uso de roupas íntimas) e cuja privacidade é fragilmente preservada por biombos ou cortinas, quando há; é aí que se devem acomodar gestante e acompanhante. Sendo a gestante minimamente monitorada pela equipe de saúde (o que nem sempre ocorre especialmente quando o hospital está

³¹ De acordo com Hélio Carrara e Geraldo Duarte (1996), no estudo do parto são reconhecidas quatro fases, que sucedem o período premonitório; entre elas, os limites são imprecisos, sendo cada fase interpretada por alguns como sindrômicas. São elas: dilatação, expulsão, secundamento e o período de Greemberg.

atendendo uma quantidade de pessoas acima da sua capacidade de atendimento), quando seu corpo dá sinais específicos, deve ser conduzida a uma sala mais específica, mais restrita ainda, onde o nascimento enfim ocorre. É a chamada ‘*sala de parto*’, que não raro conta com todo o arsenal tecnológico para a realização de qualquer tipo de parto, seja ele classificado como de baixo ou alto risco, vaginal ou cirúrgico³².

Vale ressaltar que muit@s profissionais ainda resistem à presença do acompanhante do sexo masculino, sob a justificativa de, sendo homem, constranger outras gestantes; ou aumentar o risco de conflitos com outros acompanhantes homens que porventura se mostrassem ‘curiosos’ com a gestante do acompanhante ao lado; ou o acompanhante poderia desmaiar diante das cenas ali vistas (...); ou, um tanto menos fantasiosa, a justificativa a tal resistência recai sobre a inadequação do ambiente para acomodar um aumento considerável de pessoas naquele setor. Para @s defensor@s, o mais importante é garantir a presença dest@ acompanhante, o qual potencialmente atuaria como alguém que coibiria certos (des)tratos para com a gestante ou até mesmo ajudaria a equipe de saúde no cuidado, mas essencialmente teria o papel de apoiar a mulher:

(...) estudos revelaram que uma mulher com um parto de baixo risco dando à luz seu primeiro filho num hospital de ensino poderia ser atendida por até 16 pessoas durante 6 horas de parto, e ainda assim ficar sozinha durante a maior parte do tempo (OMS, 1996, p. 21)

Sobre o ambiente do parto, é importante considerar que desde 2008 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio do Regulamento Técnico nº 36 define as características para o funcionamento de serviços de atenção obstétrica e neonatal e cita os quartos PPP (pré-parto, parto e puerpério) que possibilitam um ambiente de maior privacidade para a mulher e @ acompanhante³³.

É certo que em nosso país a aplicação de leis é bastante diversificada, digamos assim, mas confesso, vem à minha mente uma pichação de muro, que certa vez encontrei

³² De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) a disseminação de uma abordagem de risco focada nas complicações contribuiu para o estabelecimento de rotinas hospitalares que tratam todos os partos como *de risco*, favorecendo as intervenções durante o parto. Rotineiras, mas não familiares às gestantes.

³³ Tomando mais uma vez o estado de Sergipe, até o presente momento, portanto, depois de 07 anos de tal regulamento, nenhuma PPP está em funcionamento e as salas de pré-parto persistem sendo coletivas. Exceção é feita no setor privado quando a gestante e @ médic@ assistente planejam acompanhar o trabalho de parto num apartamento, até que a gestante seja encaminhada ao centro cirúrgico (centro obstétrico), seja para o parto vaginal ou cirúrgico. Há alguns relatos de partos realizados em tais apartamentos, mediante pactuação prévia com o hospital-maternidade e o pagamento de uma taxa pelo *parto humanizado* (ver capítulo 3)

e nunca mais me abandonou: “se homem engravidasse, o aborto já teria sido legalizado!”. Sem entrar na polêmica da legalização do aborto, que mobiliza sobremaneira os setores conservadores de nossa sociedade, será que a resistência representada pela morosidade nas adequações para a adoção da lei do acompanhante está ligada, entre outros, a uma concepção de parto como um momento no qual a mulher deve sofrer sozinha, como parte da punição pelo sexo tal como analisado por Janaína Aguiar (2008)?

Frases frequentemente ouvidas durante a assistência ao parto, como: “na hora de fazer não chorou/ não chamou a mamãe, por que está chorando agora?” (Fundação Perseu Abramo, 2010) reforçam que o desafio na implantação de políticas para a humanização do parto, não está restrito à adoção de boas práticas, a melhores condições de trabalho, ou a melhores salários, enfim. Enfrentar o desafio de diminuir a mortalidade materno-infantil numa cultura de alta intervenção sobre o parto, o conhecido *paradoxo perinatal*, implicaria outros olhares para identificar no cuidado prestado, crenças, inclusive da própria gestante e familiares, que viabilizam a perpetuação das violências obstétricas...

Aguiar (2008) no seu estudo sobre Violência Institucional em Maternidades Públicas, a partir do relato de puérperas, argumenta que o contato das mulheres com o serviço de saúde é pautado por concepções pessoais acerca da assistência e do lugar que ocupam na relação hierárquica de poder com os profissionais de saúde, perpassado todo o tempo por questões de gênero. Destaca, a partir das entrevistas a puérperas e profissionais, estereótipos de gênero em forma de dois perfis de mulheres e seu comportamento durante o trabalho de parto e parto: as não-colaborativas e as escandalosas. As primeiras são as que não obedecem e as segundas as que não conseguem controlar-se diante da dor e chegam aos serviços impondo ‘suas próprias vontades’. Em ambos os estereótipos, a reprodução ideológica do papel da mulher se faz presente, seja como aquela que deve suportar a dor do parto em silêncio, sem reclamar, ou como quem se deve submeter às ordens do médico, por este ‘conhecer mais’ sobre o seu corpo e a sua dor. Como parte do estereótipo de gênero, a pesquisadora identifica nas entrevistas a banalização da dor como uma forma de punição da mulher pelo ato sexual. Esta aproximação entre as visões das puérperas e d@s trabalhadores de saúde pode nos dar pistas para pensar nos encontros entre distintos como produtores de afetações diversas, para além de estereotipias.

Um segundo ponto que nos chama atenção na cena de Shirley é a realização da Manobra de Kristeller, a qual consiste na pressão sobre o fundo do útero com o objetivo

de ‘ajudar’ no trabalho de parto; condenado há muito pelos riscos de trazer complicações para mãe e bebê, como ruptura uterina, lesão do esfíncter anal, fraturas em recém-nascidos ou dano cerebral (LEAL *et al*, 2014), ainda é comumente utilizado na assistência médico-hospitalar, seja no setor público ou privado, apesar de jamais ser registrado (Parto do Princípio, *ibidem*). Esta manobra figura entre os procedimentos mais questionados por ativistas em defesa da humanização do parto.

Vou descrever esta famigerada manobra a partir de minha lembrança dos tempos de estudante de medicina, no início dos anos 2000, quando presenciei uma cena na qual repentinamente surgiu na sala de parto um senhor rechonchudo, medindo cerca de 1,60m e subiu abruptamente sobre a cama onde estava uma mulher deitada em trabalho de parto ativo, sentindo contrações uterinas frequentes e dolorosas. Apoiou os joelhos sobre a maca, por traz da cabeça da mulher e passou a empurrar-lhe as mãos sobre a barriga fazendo força para baixo. Vigorosamente. As parteiras (técnicas de enfermagem conhecidas como tal) que estavam assistindo o parto naquela ocasião comentavam sobre a necessidade do procedimento. A mulher? @ bebê? Nem sei. Lembro que voltei para casa atordoada e esta imagem persiste em minha memória depois de 15 anos. Como será que a grávida que estava ali, atenta a tudo, interpretou aquela cena? Como será que ela me contaria esta cena? E se lhe perguntasse como se sentiu no parto? Se se sentiu bem, se foi bem cuidada? Será que responderia simplesmente que @ filhinh@ estava bem, dando graças?

Então, quando ouvi o depoimento de Shirley fiquei muito irritada. Tive vontade de bradar: isso é violência obstétrica! Contive-me...chamei @s alun@s e discutimos sobre como abordar com Shirley aquilo que para mim e muit@s é considerado violência obstétrica. Conversar com ela sobre o que viveu, orientar-lhe a procurar seus direitos, denunciar @s profissionais, procurar assistência de um@ psicólog@? Era eu quem tinha cuidado dela durante o pré-natal e falado sobre seus direitos de gestante...!

Então, foi a impotência que me regeu naquele momento, pois senti-me diante do que Aguiar (2008, p. 26), citando Marilena Chauí, chamou *violência perfeita*: “O extremo da violência seria a introjeção da vontade do outro como própria, resultando em uma heteronímia que seria a ‘violência perfeita’”.

Então, a história de Shirley é só uma entre tantas e tantas de mulheres que não questionam se o tratamento que lhe foi prestado foi o melhor, ou o correto, pois, como

dizem expressões populares “@s médic@s, abaixo de Deus”, ou “eles (referindo-se a@s médic@s) sabem o que fazer” ... e assim tem-se passado dias, meses, anos, décadas que se ensina e aprende que é ‘normal’ um parto no qual hoje se reconhece que foi praticada uma violência obstétrica. “Sempre foi assim!”. Mesmo que não tenha sido necessariamente bom...

Em 2014, realizei uma visita a uma Casa de Parto no estado da Bahia. A então coordenadora, ativista pelo parto humanizado, orgulhosa das boas práticas ali realizadas, queixava-se de uma baixa procura do serviço por mulheres que moravam na região (periferia de um grande centro urbano) com a seguinte justificativa: “aqui não é bom: aqui ninguém corta a gente e a mulher fica lá sentindo dor! El@s (@s trabalhador@s) nem botam o sorinho na veia da gente!” Ambos os procedimentos, cientificamente chamados respectivamente a episiotomia³⁴ e a aplicação venosa de ocitocina exógena, quando feitos para todas as gestantes indiscriminadamente, têm sido apontados como desnecessários em estudos de evidências da área e como violência obstétrica, nos discursos de ativistas do MHP. Apesar disso, esta não é a compreensão que muitas mulheres têm sobre os procedimentos médico-hospitalares realizados durante a assistência ao parto.

Para Pulhez (2013b), um movimento instaura-se quando se reconhece e legitima socialmente a verbalização do sofrimento vivido numa experiência traumática que produz vítima(s): um deslocamento moral, pois diz respeito ao que passa a ser tido como *o melhor a ser feito*; para isso, utiliza-se da ideia de “políticas do trauma”, de Richard Rechetman e Didier Fassin como “uma articulação entre um evento que é coletivo e que dá sustentação ao trauma e a experiência individual vivida nesse evento coletivo, que servirá de testemunha ao seu aspecto traumático” (Ibidem, p. 554).

Shirley seguiu as normas institucionais, realizando o auto-cuidado que lhe fora orientado, mas nem por isso se livrou de atos potencialmente traumáticos, seja por não ter seu direito de cidadania respeitado (acompanhante no parto), como ter seu corpo submetido a um procedimento até o momento tido como desnecessário e potencialmente causador de danos a si e ao seu bebê. Isso não chegou a ser um problema para ela que tomou tais ações como cuidado necessário a ser realizado pela equipe de saúde, a qual considera, de fato, ter o conhecimento sobre parir e nascer...reconhecer um possível

³⁴ No caso da episiotomia, @s própri@s ativistas do MHP dividem-se entre abandonar definitivamente o procedimento, argumentando que os malefícios daí advindo são maiores que os de lacerações espontâneas; por outro lado, algum@s, menos enfátic@s, argumentam que seu uso pode ser necessário em casos estritos, sempre com consentimento da gestante.

trauma significaria reconhecer para familiares e amig@s que não só o seu, mas o tratamento dado a outras mulheres em condição semelhante à sua (Sua mãe? Suas irmãs? Suas vizinhas e amigas?) também pode ter sido traumático; ao reconhece-lo como violência, ela estaria potencialmente estendendo a chance de reconhecimento às outras que, por sua vez, ‘souberam’ lidar silenciosamente com este modo de tratar as mulheres gestantes, tidas por muitas como aceitável.

A enunciação do vivido, ainda para Pulhez (Ibidem), que toma estudos antropológicos para ressaltar a importância de conhecer quem enuncia, por quem e para quem fala, especialmente no caso da violência obstétrica, ressalta: “a vocalização dessas dores choca, pois ainda não se entende esses atos como algo violento, que possa traumatizar, que possa causar a dor” (p.557). E interroga:

Em que medida falar sobre a violência infligida é construir um sujeito que detém o direito de reparação e/ou reconhecimento? Em que medida essa construção é fruto de um agenciamento dessas mulheres enquanto detentoras de poder sobre o próprio corpo? (PULHEZ, ibidem, p. 546)

Assim, quando se ressalta que não se deve desconsiderar a banalização e naturalização da dor parto como algo que *a mulher está destinada a viver*, devendo assim, suportá-la silenciosamente (Aguiar, 2008), entendemos aqui a importância de desnaturalizar várias outras práticas vividas como violências obstétricas, trazendo à tona o que lhes viabiliza; verbalizar o trauma pode ser uma entre diversas possibilidades.

Para evidenciar outros modos de lidar com a VO que foi, está sendo ou será praticada, trarei a nossa quinta e última cena. A história de Juliana se passou enquanto eu atuava como médica sanitária de uma maternidade pública de referência para gestações e partos classificados como de alto risco. Ali, ocupava-me de produzir informações a partir de dados coletados, correlacionando-as com os indicadores propostos pela Rede Cegonha, partilhando-as com gestor@s e trabalhador@s em busca de qualificar o atendimento e a gestão dos serviços hospitalares prestados, além de participar e coordenar algumas ações ligadas à *humanização*. Estas eram atividades de cuidado, nas quais estava em contato direto com as mulheres que estavam ou estariam internadas futuramente como pacientes. Esta opção pela prática de sanitária foi o produto de uma pactuação que fiz com a gestão quando comecei a trabalhar na instituição: para trabalhar como sanitária, precisava trabalhar no cuidado direto às gestantes.

Como havia dito, em fevereiro de 2012 participei de um curso de formação de doulas, organizado pelo Grupo de Apoio à Maternidade Ativa (GAMA), em São Paulo. Isso legitimava minha inserção no projeto “*Doulas, Amigas Do Parto*”, sob a coordenação de uma psicóloga que tinha experiência de doulagem dentro e fora do ambiente hospitalar. Assim, participei do processo de formação de doulas. De acordo com a OMS (1996):

(...) relatos e estudos controlados randomizados sobre o apoio por uma única pessoa durante o parto, uma "doula", parteira ou enfermeira, mostraram que o apoio físico e empático contínuo durante o trabalho de parto apresentava muitos benefícios, incluindo um trabalho de parto mais curto, um volume significativamente menor de medicações e analgesia epidural, menos escores de Apgar abaixo de 7 e menos partos operatórios (p. 25)

Na dinâmica hospitalar da referida maternidade, as doulas eram selecionadas por entrevistas nas quais uma equipe da qual fiz parte, buscava conhecer, além da disponibilidade de tempo para tal, os motivos que as levavam até ali, suas histórias de vida e de parto e sua disposição de apoiar. Eventualmente chegavam feministas ou ativistas pelo Parto Humanizado, mas este não era o perfil majoritário das doulas voluntárias.

A gestão hospitalar e do SUS estadual sempre apoiaram esta iniciativa que se iniciou em 2012. Todo ano, durante a seleção, uma equipe de jornalismo vinha entrevistar a coordenação do projeto, algumas mulheres internadas e alguma(s) doula(s). Apesar disso, não era em todo plantão que a doula entrava no centro obstétrico: “quem é? o que ela está fazendo aqui?” Estas e outras perguntas foram sendo respondidas, de modo que aos poucos praticamente tod@s as enfermeir@s que atuavam ali apoiavam e queriam a presença de uma doula por perto³⁵. Entretanto, especialmente algum@s médic@s continuavam resistindo àquela *novidade* que não era exatamente nova nem no meio científico, nem nas práticas tradicionais de assistência à gestante. O fato é que quando est@s profissionais estavam de plantão, dificilmente havia doulas no centro obstétrico.

³⁵ Vale ressaltar que em 2014 houve uma mudança na organização hospitalar e aos poucos somente enfermeiras com formação em obstetrícia passaram a fazer parte da equipe do centro obstétrico, o que resultou posteriormente na ampliação do uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor.

Cena 5: Eu Decido Aonde Parir

Juliana tinha 17 anos quando engravidou. Era uma adolescente. Tinha engravidado de um namorado com quem não convivia. Sofrera bastante por que não estavam juntos e, além disso, o pai da criança tinha uma namorada. Durante a gravidez, por meio de uma vizinha que era doula voluntária, Juliana tomou conhecimento sobre a possibilidade de um parto humanizado. Leu nas revistas, blogs, sites de internet. Desejou ter um parto humanizado e contou com o apoio de sua amiga e doula que a todo tempo a esteve acompanhando, inclusive na ocasião na qual precisou de atendimento médico e, como não era uma ‘gestante de alto risco’, procurou a Maternidade M. Detestou o atendimento. Sentiu-se destrutada, humilhada, numa prisão. E decidiu: aqui não quero parir!

Enfim, entrou em trabalho de parto. Procurou a Maternidade de Alto Risco, pois tinha sido informada de que ali algumas ações de humanização vinham sendo colocados em prática. Foi, mesmo sabendo que aquele era um lugar reservado a mulheres com gestação e/ou parto de risco; desrespeitou o protocolo. Depois de passar pela sala do acolhimento e classificação de risco, seguiu para a avaliação médica.

- Contrações rítmicas, vigorosas e colo dilatado. Examinou o médico plantonista, famoso por ser um médico que não tratava bem as gestantes. E continuou: - mas aqui você não pode ficar! Vai para a Maternidade M, que é para gestantes de baixo risco.

A esta altura, toda a família que esperava @ primeir@ net@, sobrinh@, priminh@, estava mobilizada. E mais uma vez, Juliana não seguiu o protocolo (segundo o qual o transporte da gestante em trabalho de parto está a cargo do hospital). O pai de Juliana não esperou a ambulância, pôs sua filha no carro e levou-a a um serviço privado, a Maternidade S. Estava angustiado em ver a situação de sua filha, que não podia escolher onde NÃO parir. Mas, chegando lá vira que não conseguiria pagar pela assistência ao parto.

E Juliana insistia: - Na maternidade M não vou parir.

Retornaram à Maternidade de Alto Risco, mas ela não tinha autorização para parir e, além do mais, já havia saído do hospital sem autorização. Então Juliana mais uma vez decidiu encontrar brechas no sistema que lhe negava a acolhida singular de que precisava.

E resistiu. Junto à sua família resolveu esperar na porta do hospital até mudar o plantão e ter a avaliação de um@ nov@ obstetra, pois soube que est@ era mais *human@*. Decidiu ficar ali até que não tivesse mais jeito e seu corpo não esperasse mais para parir. E @ filh@ não esperasse mais para nascer.

Enquanto isso, lá de dentro do hospital, eu tentava compartilhar com a equipe do ‘acolhimento’ a situação da gestante, que era fora do comum. Além do mais, a maternidade não estava lotada no momento...e ouvi:

- Quando Fulana, nossa colega de trabalho, precisou, teve de ir parir em outro lugar. Quem essa moça pensa que é? Uma ‘rebelde’!

Perguntava-me em silêncio: “quem precisaria ser para merecer entrar?”, então cheguei a comentar: - colega, se foi ruim para uma tem de ser para todas?

E ouvi:

- É a regra!

Na área administrativa um incômodo.

- O que está havendo? Perguntei.

- Não está sabendo? Tem uma gestante prestes a parir na porta do hospital!

E foi assim que Juliana passou horas em frente à maternidade de referência para partos de risco, em trabalho de parto ativo. E não houve jeito. @ médic@ atrasou, o tempo passou e quando a gestão da maternidade entrevistou Juliana foi avaliada às pressas pela enfermeira do acolhimento que disse:

- Dilatação total. A criança vai nascer. Vamos, mãe, para a sala de parto.

E finalmente Juliana conseguiu, com os recursos que tinha, não parir onde não queria.

Pois bem, a despeito do tratamento ofertado, a história de Juliana mostrou-se ilustrativa da força da reprodução, na assistência à gestante, de um paradigma de saúde-doença, de corpo, de gestação e parto, bem como de risco, como vimos anteriormente, característico do modelo biomédico hegemônico. Uma concepção de corpo-máquina, bem como de prática de saúde como uma ação meramente protocolar, como Ratner

(2009b), ressalta:

É antológica a cena de Chaplin em Tempos Modernos, em que a mecanização o transforma em peça da máquina, objetificando-o. Para escapar dessa ‘coisificação’ e como contraposição à linha de produção de partos, faz-se necessária a ‘singularização’ da atenção, a exemplo do plano de parto, identificando como proporcionar a cada parturiente (e seu filho) uma vivência legitimamente única. Mais do que trabalhar presos a rotinas e protocolos, profissionais poderão exercer sua expertise e criatividade, adaptando o cuidado a cada nova situação e demanda, num trabalho de equipe. (p. 08)

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, a inclusão de todos os envolvidos nas decisões relativas à gestão e ao cuidado é fundamental para a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e toma como valores norteadores a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde. Assim, com a estratégia do Acolhimento com Classificação de Risco nas recepções dos serviços de urgência, especialmente, a PNH oferta este mecanismo de qualificação dos serviços, seja para evitar que os atendimentos sejam feitos de modo exclusivamente administrativo, a tradicional ordem de chegada definindo a prioridade do atendimento; mas também, e sobretudo, para promover a singularização de cada história, de cada pessoa que busca o atendimento num serviço de saúde e assim, possibilitar que cada usuário possa participar do seu próprio cuidado.

Ao mesmo tempo, para pôr em prática os princípios de equidade e integralidade do SUS, é possível contar, no SUS, com uma organização hierarquizada dos serviços de saúde, de modo a facilitar o acesso a pessoas em condições clínicas de maior gravidade, como por exemplo, gestantes classificadas como ‘alto risco’; isto ajudaria na chamada classificação de risco. Mas, onde se definiu que os critérios de inclusão devem ser fixos e imutáveis? Onde se definiu que as singularidades de cada usuário dos SUS não devem ser consideradas para o acesso?

Hannah Arent (2007), destaca uma compreensão de Ação Humana ao diferenciar na *Victa Activa* as atividades labor, trabalho, ação. Entendendo-as como *condições básicas dadas ao homem na Terra*, Arent descreve a primeira como relativa aos processos biológicos e as seguintes como as que produzem um mundo artificialmente. Ressalta o imbrincamento das três atividades e suas relações com a política. Apesar disso, distingue a Ação Humana como aquela que se dá por excelência na relação entre os homens, sendo condição para a vida política e tendo a pluralidade das pessoas como condição para sua

existência. Ressalta ainda quão antiga é a preocupação de tornar a Ação Humana mais previsível e controlada, identificando a era moderna o momento quando se realiza um especial reforço das atividades laborais e de trabalho:

Somente a era moderna definiu o homem [*as pessoas - grifo meu*] como, basicamente, homo faber, um produtor de coisas e ferramentas, e pode assim vencer o profundo desprezo e a suspeita com que a tradição via toda a esfera da fabricação. (ARENDT, ibidem, p. 242)

A atuação do *homo faber* no interior dos hospitais-maternidades, portanto nas relações que se estabelecem no cotidiano dos serviços de saúde; isso se dá na medida em que ocorre um esvaziamento das relações de trocas entre trabalhador@-trabalhador@, trabalhador@-usuári@, trabalhador@-gestor@³⁶ e gestor@-gestor@; uma das consequências disso é que o produto da ação do *homo faber* mostra uma teia de atividades desvinculadas do que Arent chama do “milagre da natalidade”; mostra um conjunto de pessoas executando atividades repetitivas que as assemelha e não as relaciona; despreza a imprevisibilidade e as instaurações do novo como constitutivas da Ação Humana.

Na assistência ao parto este registro de *Victa Ativa*, tão comum em nossos tempos, acaba por desconsiderar a experiência singular que o mesmo representa na vida sexual da mulher, sendo tal registro um importante responsável pelas VO praticadas por profissionais de saúde. A ele se alia uma prática clínica descomprometida com a produção de sujeitos, portanto com uma clínica ampliada, reforçando relações de poder assimétricas, opressoras e violentas.

Mas, além das características desta produção que tomaremos como fabril, chamou-nos atenção na história de Juliana, a sua conduta diante da resistência apresentada pela Maternidade de Alto Risco em lhe acolher integralmente.

A conduta é, ao mesmo tempo, o ato de “conduzir” os outros (segundo mecanismos de ação mais ou menos estritos) e a maneira de se

³⁶ Tomarei aqui a diferença entre gestor@s e trabalhador@s, ressaltando que gestor@s são trabalhador@s exercendo uma função administrativa específica que, na complexidade institucional de um hospital-maternidade, em alguns momentos, ocupam um lugar de poder que os colocam de certo modo não só como diferentes, mas divergentes de boa parte dos demais trabalhadores. Além disso, em geral, @ gestor@ hospitalar não atua cotidiana e diretamente na assistência, ocupando-se de outras funções administrativas.

comportar num campo mais ou menos aberto de possibilidades.
(FOUCAULT, 1995, p. 243)

Para atingir seu objetivo, ela marcou uma insistência no modo de lidar com as normas institucionais que potencialmente lhe pasteurizariam, lhe transformariam em um número, ou numa ‘mãe ou mãezinha’, como se costuma chamar a mulher que chega para ser atendida numa maternidade.

O gingado de Juliana nos instiga, encanta, envolve e mobiliza: como é possível criar brechas de liberdade, de ampliação de autonomia, sob as pesadas regras institucionais a que se é submetid@ num hospital-maternidade? E como reagir às tentativas de violências, entre elas a obstétrica?

Será preciso identificar como aí se exerce o poder. Para Foucault (ibidem) tal exercício se exerce nas relações entre sujeitos, em ações sobre ações, sobre liberdades de um@s sobre outr@s; defende que relações de poder e insubmissão de liberdades são indissociáveis.

(...) é necessário que haja liberdade para que o poder se exerça, e também seu suporte permanente, uma vez que se ela se abstraísse inteiramente do poder que sobre ela se exerce, por isso mesmo desapareceria, e deveria buscar um substituto na coeção pura e simples da violência (FOUCAULT, ibidem, p. 244)

Desse modo, demarca uma diferenciação entre relações de poder e de violência, sendo esta a que age:

Sobre um corpo, sobre a coisa; ela força, ela submete, ela quebra, ela destrói; ela fecha todas as possibilidades; não tem, portanto, junto de si, outro pólo senão aquele da passividade; e, se encontra uma resistência, a única escolha é tentar reduzi-la. (FOUCAULT, ibidem, p. 244)

Desse modo, o exercício de poder d@s trabalhador@s de saúde sobre as gestantes será tomado aqui numa perspectiva recíproca, tendo em vista um entendimento de que as relações de poder, marcadas pelas tentativas de violência obstétrica, têm como condição de existência, a teimosia das liberdades, tanto d@s trabalhador@s, como das gestantes.

Foucault (ibidem) argumenta que uma forma de luta, a despeito da coexistência com outras³⁷, prevalece na atualidade, que são aquelas contra a desvinculação do indivíduo de si, com sua consequente submissão. São lutas anti-autoritárias que têm em comum alguns elementos:

1. Transversalidade: não se situam num país, mas estão circunscritas a lugares nem a uma forma política e econômica particular de governo;
2. Objetivo de enfrentar os efeitos do poder, como por exemplo, a serialização e consequente *desumanização* da assistência às gestantes;
3. Foco nas instâncias de poder mais próximas e por esperar a resolução dos problemas no futuro, devem ser tomadas como imediatas;
4. Questionamento do estatuto do indivíduo, afirmando por um lado o direito à diferença e por outro questionando a quebra de suas relações com @s outr@s;
5. Oposição aos privilégios do saber e às formas mistificadas de representação impostas às pessoas;
6. Recusa àquilo que ignora @s sujeit@s, assim como o que @s determina.

A história de Juliana remete-nos a esta forma de luta que busca um reconhecimento d@ sujeit@ como um ataque a uma técnica de poder que toma os sentidos de *sujeito*, ao mesmo tempo como

“sujeito a alguém pelo controle e dependência, e preso à sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento. Ambos sugerem uma forma de poder que subjuga e torna sujeito a.” (FOUCAULT, ibidem, p. 235)

Se lançássemos o olhar para os atos potencialmente tomados como violência obstétrica poderíamos elencar desde logo o desrespeito à decisão da mulher de escolher onde parir, como ocorreu com Juliana; além disso, também não gozou de seu direito de visita a maternidade de referência (o que talvez pudesse demovê-la da ideia de não parir na Maternidade M); poderíamos ainda apontar para a violência de ser desacolhida nas

³⁷ Em geral, são lutas contra formas de dominação (étnica, social e religiosa) e contra as formas de exploração dos indivíduos sobre o que produzem.

suas singularidades em pleno serviço de ‘acolhimento’ e quase parir desassistida numa maternidade de referência para partos de alto risco.

Optaremos, entretanto, por trilhar outros caminhos agora buscando identificar na ‘origem’ pulverizada da violência obstétrica, a sua viabilidade, produzida num enredamento de práticas, verdades e ensinamentos aos quais profissionais de saúde são expostos e condicionados não só a fazer, mas a aprender e reproduzir.

Para Dagmar Meyer, Jeane Felix e Michele Vasconcelos (2013) o campo da saúde constitui-se como território de ensinamentos e aprendizagens que aparecem, respectivamente, como formações pedagógico-corporais e experimentos singulares nos modos de fazer e dizer em saúde. Nesse sentido, quando @ profissional de saúde reproduz a desacolhida, a não singularização d@ outro, está dado o território propício à violência, a uma relação de poder opressora que impede @ outr@ de expressar-se, manifestar-se, rebelar-se. E há aí não-ditos que ensinam: é assim que funciona este serviço! Não adianta rebelar-se! É até possível que ‘rebeldias’ como as praticadas por Juliana, desencadeiem mais opressão, ou mais hostilidade por parte da equipe, mas ao mesmo tempo, pode também produzir outras coisas, como no caso de Juliana que finalmente, depois de muita luta e resistência, não pariu aonde não queria.

Agora, se tomarmos a plasticidade de aprender para além da reprodução de um padrão, será possível olhar para este encontro entre trabalhador@ e @ usuári@ sob uma perspectiva na qual o agir e o falar podem e devem andar juntos. Uma polis, no sentido Arendtiano:

“a rigor, (a polis) não é a cidade-estado em sua localização física; é a organização da comunidade que resulta do agir e falar em conjunto, e o seu verdadeiro espaço situa-se entre as pessoas que vivem juntas com tal propósito” (Arendt, *ibidem*, p. 211).

Pensar em polis remete, para mim, a praças, encontros, coletivos. Então, do ponto de vista organizacional, é preciso ressaltar a importância de espaços coletivos que analisem casos como o de Juliana. Questões como: o que estamos chamando de ‘pacientes rebeldes’? É importante pensarmos sobre isso? É prioritário? Por quê? Para quê? De que modo pretendemos conduzir casos como este? Criaremos uma regra para as exceções? Uma regra pode ser a busca de um atendimento mais integral, inclusive levando em conta

a capacidade de operacionalizar tal atendimento, considerando-se superlotação do serviço, ou escassez de profissionais?

Se questões como estas (e tantas outras) não são discutidas e problematizadas, o ‘silêncio institucional’ ensina que elas não são importantes e, de certo modo, devem permanecer como estão. Consequentemente, mudar padrões passa a implicar tanto por parte d@s trabalhador@s, como d@s usuári@s o enfrentamento de medos, constrangimentos, retaliações, gerando revoltas, tristezas, embrutecimentos, cegueiras, enurdecimentos, emudecimentos...

Lívia Gomes e Nelson da Silva Júnior (2005), explorando as semânticas da amizade e tomando-as como passíveis de experimentações políticas diversas, problematizam relações modernas marcadas pelo cunho marcadamente familiarista, nas quais o imperativo *não fale com estranhos* reforça a distância entre as pessoas, sua incapacidade de alteridade e de, ao agir, instaurar mudanças. O conceito de amizade aí inscrito, está calcado no apagamento das diferenças entre amig@s, no qual @ outr@ aparece como outr@-eu, à minha semelhança.

Ainda que não pretendamos igualar assistência às gestantes e amizade, esta aproximação contribui para pensarmos possibilidades de enfrentamento das condições para a violência obstétrica nos encontros entre trabalhador@s-usuári@s. Gomes e Silva Junior (ibidem), apontam para “a amizade como espaço de experimentação capaz de irromper formas fixas de subjetividade e sociabilidade, constituindo uma forma de resistência política” (p. 130). E nos instiga a interrogar: onde se definiu que para atuar nas organizações de saúde como profissionais não se deve ser amig@ d@s ‘pacientes’? Que sentido de amizade está se configurando aí? É possível entende-la como espaço de abertura ao outro em sua alteridade? Neste sentido, ela poderia preceder a aplicação de uma boa técnica, motivando-a, mesmo considerando as condições adversas de trabalho e de vida de cada trabalhador@ de saúde?

Enfim, são questões que não serão respondidas na solidão individual, mas potencialmente negociadas nos encontros pela vida, especialmente entre trabalhador@s e usuári@s dos serviços de saúde, onde muito além de palcos para a violência obstétrica constituem-se lugares de produção de subjetividades, afetos, vidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo que pudemos perceber nesta pesquisa-intervenção, tão importante quanto concretizar políticas públicas comprometidas com o acesso universal e uma atenção integral a todas e a cada gestante – de acordo com os princípios da Rede Cegonha -, é a problematização da assistência médica prestada no setor privado-lucrativo, onde os serviços ofertados são perpassados pela lógica da desapropriação das mulheres com relação às suas gestações e partos.

Por isso, acreditamos que é preciso desconstruir uma associação que toma os serviços no setor privado como referência de boas práticas em detrimento dos serviços do SUS. Como vimos, a violência obstétrica se viabiliza nas relações entre as pessoas e vem sendo praticada nos serviços públicos e privados de saúde, ambulatoriais ou hospitalares, como algo *natural*.

Ao final desta pesquisa, afirmamos que as violências obstétricas se caracterizam tanto pelos casos de negligência médica, violência física, verbal e sexual, como pela realização de procedimentos médico-hospitalares considerados desnecessários ou prejudiciais, sem o consentimento da gestante. Ainda, na assistência médica, manufaturar riscos com o intuito de induzir um parto cirúrgico desnecessário deve ser tomado como tal.

Para efeitos de criminalização, entretanto, consideramos necessário o reconhecimento de quem sofreu a violência obstétrica, a reincidência dos atos praticados e as condições de trabalho de quem a praticou, que muitas vezes também se produz em meio à alienação do trabalhador em relação aos objetivos de seu próprio trabalho, seguindo um modelo fabril de organização.

É preciso, ainda, considerar e transformar a formação d@s profissionais de saúde, que em geral persiste sem problematizar as práticas de violência obstétrica.

Consideramos que a criminalização da violência obstétrica será pouco potente para provocar a sua erradicação, caso perpetuemos em nossas escolas, famílias, grupos religiosos e outros grupos sociais, entendimentos de gênero e sexualidade que tomam as pessoas como indivíduos reprodutores de certos papéis sociais, nos quais as diferenças não são toleráveis e as mulheres persistem ocupando um lugar social restrito à vida privada, permanecendo subordinadas às mais diversas dominações, sejam masculinas, familiares, médicas ou profissionais. Será preciso desconstruir discursos e práticas que

prescrevem um único modo de se fazer mulher vinculado a um modo de se fazer mãe, na qual a defectibilidade de seu corpo para parir justifica a tomada do seu parto pelas práticas médico-hospitalares e mercadológicas; e, ainda, concepções de mãe que gesta-pare-cria @s filh@s sem a co-responsabilidade do pai.

Como dito anteriormente, minha implicação com o problema da violência obstétrica transborda o reconhecimento de uma violência vivida por mim, e vai a diversos lugares para onde fui lançada e me lancei nas relações com outras pessoas, especialmente mulheres, suas buscas por protagonismo na gestação e parto e seus modos de lidar com forças que atuam na direção contrária a isso.

Sabemos que, em toda pesquisa intervenção, o processo de pesquisar produz modificações no objeto pesquisado e no próprio pesquisador, levando-o a produzir novas questões, novos desafios, novos desejos. Assim, as questões que seguem, são fundamentalmente guiadas pelo desejo pulsante de transformações micro-políticas entre trabalhador@s/ usuári@s/gestor@s dos sistemas de saúde.

- Como problematizar diagnósticos de risco que se apresentam de modos fragmentários e aterrorizantes sobre os (nossos) corpos-grávidos, potencializando protagonismo ao invés de desapropriação das mulheres com relação às suas gestações e partos?
- Como problematizar visões medicalizantes que tomam a gestação como doença e o parto como evento médico-hospitalar, ensinadas nas mais diversas instituições e agrupamentos sociais?
- Como sair do papel exclusivo de consumidor@s ou fornecedor@s de produtos do mercado médico-hospitalar durante a gestação-parto, colocando-nos como pessoas que se afetam com a situação de outras pessoas que sofreram violência obstétrica e, a partir desta afetação, produzir mudanças nos modos de dizer-fazer o cuidado na gestação-parto?
- Como desconstruir tabus com relação à sexualidade feminina, tomando-a como parte constitutiva da gestação e parto, portanto como momentos potencialmente geradores de prazer e vida, ao invés de somente dor e sofrimento?

- Como realizar tais problematizações nos encontros com o saber-poder médico-científico, corporificado n@s profissionais de saúde, especialmente n@s médic@s, transformando o agonismo das diferenças em substrato para relações orientadas pela alteridade, pelo vínculo e co-responsabilização?
- Como, desse modo, produzir *pólis*, no sentido Arendtiano, portanto, instaurando com nossos discursos e ações ‘milagres de natalidades’ nos quais possamos nos fazer nov@s profissionais, usuári@s e gestor@s de saúde, movid@s pelo protagonismo das mulheres em suas gestações e partos?
- Como, por fim, trazer/levar reflexões e questões como as aqui apontadas, tanto na formação de profissionais de saúde, mas também em outros espaços, onde se possa discutir com jovens e adolescentes em formação?

Por último, penso que é preciso, por mais difícil que seja, não desvincular as lutas pelas gestações/partos humanizados e as violências obstétricas. Um e outro andam juntos.

É o que trago e levo por enquanto.

REFERÊNCIAS

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015.** Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.

Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TexttoLei&format=raw&id=2892> Acesso: 16/05/2015.

AGUIAR, Janaína M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero.** Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências. 2010.

ALAGOAS 24H. Disponível em: <<http://www.alagoas24horas.com.br/367758/governo-cria-regras-para-que-saude-privada-reduza-cesarianas/>> Acesso em: 06/01/2015.

ALMEIDA, Patty F; GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria H. M.; ESCOREL, Sarah. **Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(2):286-298, fevereiro, 2010.

AMORIM, Melania. Parto Domiciliar: direito reprodutivo e evidências. Disponível: <http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/estudando-parto-domiciliar.html> Acesso: 19/07/15.

ANDRADE, Maria A. C.; LIMA, João B. M. de C. **O Modelo Obstétrico e Neonatal que Defendemos e com o qual Trabalhamos.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS; v. 4. 465 p. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

ARENDT, Hannah. **A Condição Humana.** 10ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitaria, 2007.

AYRES, José R.C. M. **Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco.** Revista Brasileira de Epidemiologia. Vol. 5, supl. 1, p. 28-42, 2002.

BALASKAS, Janete. **Parto ativo: guia prático para o parto natural.** Tradução: Adailton Slavatore Meira – 2ª edição – São Paulo: Ground, 2012. 319p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: a clínica ampliada.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2004.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série E. Legislação de Saúde Série Pactos pela Saúde, volume. 4, 4ª edição. 2007.

_____. **Gestação de Alto Risco Manual Técnico.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. 5ª edição. Brasília, DF, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Parto e Nascimento Domiciliar Assistidos Por Parteiras Tradicionais.** Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html Acesso em: 13/02/2015.

_____. Ministério da Saúde. **As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas.** In: Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília, DF, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Ao Pré-Natal De Baixo Risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 32.** Brasília, DF, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana.** Brasília, DF, abril de 2015a.

_____. Ministério da Saúde. **Nascimentos por residência da mãe por ano do nascimento segundo local de ocorrência.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso: 19/07/2015 (2015b).

BRASÍLIA. Congresso Nacional. Projeto de Lei 7633/2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico puerperal e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/471158-PROJETO-INSTITUI-REGRAS-PARA-REALIZACAO-DE-PARTOS-NO-BRASIL.html>. Acesso em: 10/02/2015.

CARNEIRO, Rosamaria G. **Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade.** Interface, Comunicação, Saúde Educação. v.17, n.44, p.49-59, jan./mar. 2013.

CARRARA HH A & DUARTE G. **Semiologia obstétrica.** Medicina, Ribeirão Preto, 29: 88-103, jan. /mar. 1996

CASTIEL, Luis D. **Saúde, riscos e hiperprevenção.** Acta Paulista de Enfermagem; volume 24, nº 4, p. vii-viii. 2011.

CECÍLIO, Luiz C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; p. 113-126. 2001.

DAVIS-FLOYD, R.; **The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth.** International Journal of Gynecology and Obstetrics, Vol 75, Supplement No. 1, pp. S5-S23, November, 2001.

DINIZ, Carmen Simone G. D. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** Ciência e Saúde Coletiva, 10 (3): 627-637. 2005.
_____. **Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal.** Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 19(2): 313-326, 2009.

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria I.; GUIGLIANI, Elsa R. J.; DUNCAN, Michael Schmidt; GIUGLIANE, Camila. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4ª edição. Porto Alegre-RS: Artmed, 2013.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Carta de Aracaju aos Obstetras do Brasil**. 2014. Disponível em: <http://www.febRASGO.org.br/site/?p=10207>. Acesso em: 10/02/2015.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. 40ª edição. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2012.

_____. **Microfísica do poder**. Machado, R. (organizador e editor). 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. Pesquisa de opinião pública. Agosto de 2010. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>. Acesso: 08/02/2015.

GOMES, Annatalia M. de A.; NATIONS, Marilyn K; LUZ, Madel Therezinha. **Pisada como um pano de chão: experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro**. Saúde e Sociedade São Paulo, vol. 17, n I, p. 61-72. 2008.

GOMES, Livia; SILVA JUNIOR, Nelson. **Semânticas da amizade e suas implicações políticas**. Psicologia USP, 16(3), p. 119-142, 2005.

GOMES, Romeu; CAVALCANTI, Ludmila F; MARINHO, Alice S do N; SILVA, Luiz G. P. **Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico**. Revista Latino-americana de Enfermagem, julho; 9(4):62-7. 2001.

HEILBORN, Maria L. **Desigualdades, diferença em saúde. Articulado gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde**. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, RMG and GOMES, M. H. A., orgs. O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 444 p. P. 197-208. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

Janela da Alma. Direção: João Jardim e Walter Carvalho. Produção: Ravina Filmes, 2001.

KOETTKER, Joyce G; BRÜGGEMANN, Odaléa M; DUFL, ROZANY M. **Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais**. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 47(1):15-21. 2013.

LEAL, Maria do C.; PEREIRA, Ana Paula E.; DOMINGUES, Rosa M. S. M.; THEME FILHA, Mariza M.; DIAS, Marcos A. B.; PEREIRA, Marcos N.; BASTOS, Maria H.; GAMA, Silvana G. N., **Ampliando o debate**. Caderno de Saúde Pública, vol.30, supl.1, Rio de Janeiro, 2014

LOURO, Guacira L. **Um corpo estranho. Ensaios sobre sexualidade e teoria queer**. 1ª edição; 1ª reimpressão – Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia.
Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARTINS, Cátia P.; NICOLOTTI, Célia A.; VASCONCELOS, Michele de F. de F.; MELO, Renata A. **Humanização do Parto e Nascimento: pela Geração de Formas de Vida das quais Possamos ser Protagonistas** In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4).

MERHY, E. E.; Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo; São Paulo, Hucitec, 2002.

MEYER, Dagmar E. E. **Corpo, gênero e maternidade: algumas relações e implicações no cuidado em saúde.** Enfermagem em Foco, 2(1):18-22. 2011.

_____. Dagmar E.E.; FÉLIX, Jeane; VASCONCELOS, Michele F.F. **Por uma educação que se movimenta como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde.** Interface (Botucatu), v.17, n.47, p.859-71, out./dez. 2013.

MINAYO, Maria C de S; SOUZA, Edinilsa R. **Violência e saúde como campo interdisciplinar de ação coletiva.** História, Ciências, Saúde- Manguinhos, IV (3): 513-531, nov. 1997-fev.1998.

NEVES, Claudia A.B.; GONÇALVES, Laura; ROZA, Monica; SANTOS FILHO, Serafim Santos Filho. **Memória como cartografia e dispositivo de formação-intervenção no contexto dos cursos da Política Nacional de Humanização.** In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. – Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos HumanizaSUS; v. 1

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático, 1996.** Disponível em: http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf. Acesso em: 09/12/2013.

_____. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014.**

PAULON, Simone M. **A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-intervenção.** Psicologia & Sociedade, 17 (3), 18-25, set-dez: 2005.

_____. Simone M.; ROMAGNOLI, Roberta C. **Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos.** Estudos e pesquisas em psicologia, UERJ-RJ, ano 10, nº 01, p. 85-102, 1º quadrimestre. 2010.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê da Violência Obstétrica. Parirás com dor.** Disponível em:

<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
Acesso em: 07/05/2014.

PATAH, Luciano E M; MALIK, Ana Maria. **Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países.** Revista de Saúde Pública;45(1):185-94, 2011

PERUCCHI, Juliana. **Dos estudos de gênero às teorias queer: desdobramentos do feminismo e do movimento LGBT na psicologia social.** In: Encontro Nacional da

Associação Brasileira de Psicologia Social XV, Maceió-AL. Anais de trabalhos completos, 2009.

PULHEZ, Mariana Marques. **“Parem a violência obstétrica”: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto.** Revista Brasileira de Sociologia da Emoção, v. 12, n. 35, pp. 544-564, 2013-a

_____. A “violência obstétrica” e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. Seminário Internacional Fazendo Gênero10 (anais eletrônicos), Florianópolis, 2013-b.

RATTNER, Daphne. **Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas.** Interface, Comunicação, Saúde Educação. v.13, supl.1, p.759-68, 2009a.

_____. **Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico.** Interface, Comunicação, Saúde Educação. v.13, supl.1, p.595-602, 2009b.

REIS, Fernando M. **Ginecologia e obstetrícia baseadas em evidências: modismo, imposição ou escolha inteligente?** Revista FEMINA, volume 36, nº 8, p. 471-474. Agosto, 2008.

Renascimento do Parto, O. Direção: Eduardo Chauvet. Roteiro: Érica de Paula. Produção executiva: Eduardo Chauvet Brasil – 2013. 90min.

SANT’ANNA, Denise Bernuzzi de. **Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea.** São Paulo: Estação Liberdade, 127 p. 2001.

SÃO PAULO. Defensoria Pública do Estado. **Violência obstétrica: você sabe o que é?** 2013. Disponível em:
<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/Violencia%20Obstetrica.pdf>
Acesso em: 13/02/2015.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica.** Educação e Realidade, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-100, 1995.

SCHRAIBER, Lilia B; D’OLIVEIRA, Ana F P L; PORTELLA, Ana P; MENICUCCI, Eleonora. **Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(4):1019-1027, 2009.

SENA, Ligia M. **Violência Obstétrica - A Voz das Brasileiras.** Disponível em:
http://www.cientistaqueviroumae.com.br/2012/11/violencia-obstetrica-voz-das_25.html
Acesso em: 29/01/15.

SPINK, Mary J. P. **Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(6):1277-1311, nov-dez, 2001.

TEIXEIRA, Neuma Z. F. e PEREIRA, Wilza R. **Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuibá-MT.** Revista Brasileira de Enfermagem 2006 nov-dez; 59(6): 740-4.

TORNQUIST, Carmen S. **Armadilhas da Nova Era: Natureza e Maternidade no Ideário da Humanização do Parto.** Revista Estudos Feministas, ANO 10. P. 483-492. 2002.

VASCONCELOS, de F. F. **A Infâmia de Quincas: (re) existências de corpos em tempos de biopolítica.** Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no brasil.** 3ª edição. UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas. Brasília-DF, 2009.

VEYNE, P. M. **Como se escreve a história: Foucault revoluciona a história.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1982. 296 p.

VIEIRA, Elizabete M. **A medicalização do corpo feminino.** 1ª edição; 1ª reimpressão – Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

ZALUAR, Alba. **UM DEBATE DISPERSO violência e crime no Brasil da redemocratização.** São Paulo Em Perspectiva, São Paulo, 13(3), p. 03-19, 1999.

YARAK, Aretha. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/parto-domiciliar-quando-o-risco-nao-e-necessario/> Acesso: 19/07/15.